UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Etude des difficultés psychosociales rencontrées par l'enfant de mère psychotique. Etude menée en Mairie de Bujumbura

Niyongabo, Fabien; Sous la direction de : Professeur Paul NKUNZIMANA

2013
UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1266

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES

DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

ETUDE DES DIFFICULTES PSYCHOSOCIALES RENCONTREES PAR L'ENFANT DE MERE PSYCHOTIQUE

Etude menée en Mairie de Bujumbura

Par

Fabien NIYONGABO

Sous la direction de:

Professeur Paul NKUNZIMANA

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de Licencié en Psychologie

Option : Psychologie Clinique et Sociale

Bujumbura, Avril, 2013

DEDICACE

A nos chers parents,

A nos frères et sœurs,

A nos oncles et tantes,

A nos cousins et cousines,

A tous ceux qui nous sont chers,

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a nécessité les efforts qui ont été fournis par plusieurs personnes envers lesquelles nous exprimons nos sentiments de reconnaissance.

Nos remerciements vont à l'endroit du Professeur Paul NKUNZIMANA, Doyen de la faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, pour avoir accepté de guider nos premiers pas de chercheur. C'est grâce à ses précieux conseils et sa rigueur scientifique que nous avons pu aboutir à l'accomplissement de ce travail. Nos sentiments de reconnaissance s'adressent à tous nos éducateurs, pour la formation intellectuelle et morale qu'ils nous ont dispensé. Nous remercions également la famille BUNYUNGU Philipe pour le soutien qu'elle nous a accordé. Beaucoup de personnes nous ont soutenu dans la réalisation de ce travail. Tous méritent ainsi l'expression de nos sentiments de gratitude.

A tous nos informateurs sans lesquels ce travail n'aurait pas été réalisé, à tous et à chacun, nous disons merci.

Liste des sigles et abréviations

A/A : Année académique

C.N.R.S Centre Nationale de la Recherche Scientifique

D.S.M.IV : La quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders

E.S.F : Expansion Scientifique Française

P. : Page

P.C.S : Psychologie Clinique et Sociale

P.U.F : Presses Universitaires de France

PNLS/MST : Programme National de Lutte contre le Sida et des Maladies Sexuellement Transmissibles.

U.B : Université du Burundi

F.P.S.E : Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and cultural Organization

TABLE DES MATIERES **PAGE**

DEDICACE.....I

REMERCIEMENT.....II

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....III

TABLE DES MATIERES.....IV

0. INTRODUCTION GENERALE.....1

0.1. MOTIVATION ET JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET..... 3

0.2. Délimitation du sujet..... 4

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS-CLES..... 6

1.1. Famille..... 6

1.2. Education..... 7

1.3. Identification..... 9

1.4. Malade psychotique..... 11

1.5. Difficultés psychosociales..... 12

1.6. Prise en charge..... 13

CHAPITRE II : L'IMPORTANCE DE L'INTEGRITE FAMILIALE DANS L'EDUCATION DE L'ENFANT..... 16

2.1. La famille, milieu de l'épanouissement de l'enfant.....16

2.1.1. L'épanouissement sur le plan psychologique..... 16

2.1.2. L'épanouissement sur le plan physique..... 17

2.2. La place de la femme dans la famille..... 18

2.2.1. La mère, soutien de l'équilibre familial..... 19

2.2. 2. L'autorité conjugale..... 19

2. 2. 3. L'amour conjugal..... 20

2.2.4. Le dialogue conjugal..... 21

2.2.5. La réalisation des projets de la cellule familiale..... 22

2.3. Le rôle des parents dans l'éducation des enfants..... 23

2.3.1. Le rôle de la mère dans l'éducation de l'enfant..... 24

2.3.2. Le rôle du père dans l'éducation de l'enfant..... 25

CHAPITRE III : GENERALITES SUR LA MALADIE MENTALE..... 27

3.1. Les types de maladies mentales..... 27

3.1.1. Les troubles névrotiques..... 27

a Syndomes anxio-phobiques.....28

b. Crise s'angoisse..... 28

c. Anxiété généralisée.....28

d. La phobie.....28

3.1.2. La psychose.....29

a. La schizophrénie.....30

b. La psychose maniaco-dépressive.....31

3.2. La conception de la maladie mentale au Burundi..... 31

3.2.1. La maladie mentale est une maladie spéciale..... 32

3.2.2. La place des génies..... 33

3.2.3. L'attaque de l'esprit ancestral..... 34

3.3. La conception de la maladie mentale en Afrique Noire..... 35

3.3.1. L'agression de l'homme par la nature..... 35

3.3.2. L'action maléfique de la sorcellerie..... 36

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES..... 38

4.1. Problématique..... 38

4.2. Objectifs de recherche..... 42

4.2.1. Objectif général..... 42

4.2.2. Objectifs spécifiques..... 42

4.3. Méthode et technique de recherche..... 43

4.3.1. La méthode qualitative..... 43

4.3.2. Technique de recherche : Enquête par l'entretien semi-directif..... 44

4.4. Population d'enquête..... 45

4.5. Travail de terrain..... 46

4.5.1. Préenquête..... 46

4.5.2. Déroulement de l'enquête..... 49

CHAPITRE V : PRESENTATION DES CAS..... 56

5.1. Cas KWI..... 56

5.2. CAS NIY..... 58

5. 3. Cas KAN..... 59

5. 4. Cas BIZ.....61.

5. 5. Cas AIM.....62

5.6. Cas MUH..... 64

5.7. Cas ANI..... 65

5.8. Cas EME..... 66

CHAPITRE VI : LES SENTIMENTS EPROUVES PAR L'ENFANT DE MERE PSYCHOTIQUE..... **69**

6. 1. Le sentiment d'insécurité..... 69

6. 2. L'indifférence affective..... 71

6.3. Le Sentiment de honte et de sous-estimation de soi..... 73

6.4. La perception négative de l'avenir..... 74

6.5. Le sentiment de frustration..... 75

6.6. L'anxiété..... 77

CHAPITRE VII : LES DIFFICULTES EPROUVEES PAR L'ENFANT DANS LA PRISE EN CHARGE DE SA MERE PSYCHOTIQUE..... **79**

7.1. Absence de couverture des besoins alimentaires..... 79

8.2. Difficultés financières..... 81

8.3. Problèmes liés aux relations entre la mère psychotique et son enfant.... 83

8.4. Difficultés de prise en charge sociale de la mère psychotique..... 85

CHAPITRE IX : LES PERSPECTIVES D'AIDE CHEZ L'ENFANT DE MERE PSYCHOTIQUE..... 88

9.1. Le soutien matériel à l'enfant victime de la pathologie de sa mère..... 88

9.2. La prise en charge médicale de la mère psychotique..... 89

9.3. La prise en charge psychosociale de l'enfant de mère psychotique..... 91

9.4. Le rôle de l'entourage..... 93

CONCLUSION GENERALE..... 96

LES SUGGESTIONS..... 98

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... 99

ANNEXES..... 103

0. INTRODUCTION GENERALE

Dans la société burundaise comme dans toute autre société humaine, la mère occupe une place de choix dans le processus du développement harmonieux de l'enfant. Elle joue un rôle primordial en ce qui concerne le bon développement affectif de l'enfant. En effet, la mère est naturellement aimante, protectrice et affectueuse envers son enfant. Son amour se manifeste à travers l'attachement et les soins qu'elle apporte à son enfant. POROT (1979, p.265) indique qu'*« à part la satisfaction des besoins physiques de l'enfant, toutes les expressions de la tendresse, choyer, caresser et chanter ont une signification profonde. Elles font sentir qu'un enfant est valorisé, approuvé, désiré et qu'il est objet d'amour et de tendresse. »*

De cette façon, à part que les relations affectives entre la mère et l'enfant s'établissent très tôt, même dans la vie intra-utérine, la mère est le premier objet d'identification. L'enfant établit d'abord ses relations avec la mère, ensuite avec les membres de la famille et enfin avec la société toute entière. L'enfant a besoin d'une affection intense de la part de ses parents et proches car la carence affective peut être la base des perturbations psychologiques de celui-ci.

Dans ce sens, BOWLBY (1969, p.30) explique qu'*« une absence d'attachement à une personne au cours de la période critique de son développement (trois premières années) serait à l'origine d'une incapacité irréversible à établir des relations affectives harmonieuses avec les autres. »*

L'affection est issue d'un équilibre permanent du couple parental où l'enfant est le produit des interactions affectives entre ses parents. Il bénéficie d'un climat favorable qui règne dans la famille intègre, dépourvue des gens qui présentent des pathologies néfastes au bon développement du tout petit. De plus, la mère joue un rôle important de stimuler l'enfant au développement sur plusieurs plans. La stimulation constitue une part importante des conditions de l'acte d'apprendre chez l'enfant si le besoin de grandir existe chez tout enfant, il ne suffit cependant pas d'attendre : il s'agit, pour l'éducateur, de rencontrer et d'alimenter ce besoin. Il faut inciter l'enfant à agir. BROUNER (1983) cité par POURTOIS (2000, p.32)

souligne qu'*« il importe de concevoir le développement humain comme un processus d'assistance de collaboration entre l'enfant et l'adulte, celui-ci agissant comme « médiateur ». »*

La mère est l'élément central dans la stimulation de l'enfant à travers leurs interactions affectives. L'enfant a besoin de motivation de la part de l'adulte afin de pouvoir apprendre à imiter son entourage humain. Le travail de la mère consiste à permettre l'analyse des effets de l'acte posé par l'enfant et à faciliter des conditions de réalisation de ses intentions et aide l'enfant à donner du sens à son action et crée des liens avec les savoirs antérieurs.

Toutefois, il peut arriver que la mère éprouve des difficultés qui font qu'elle ne remplit pas ses devoirs envers son enfant. C'est particulièrement lorsqu'elle souffre des troubles psychotiques. Si la mère est perturbée psychiquement, elle n'est plus consciente et s'occupe de ses délires au lieu de pourvoir aux besoins et aux attentes de son enfant. Aussi, en plus qu'elle n'est plus à mesure de satisfaire aux besoins de l'enfant, elle peut même lui adresser des comportements agressifs pouvant lui compromettre dans sa vie quotidienne.

Notre sujet de recherche a porté précisément sur les difficultés psychosociales rencontrées par l'enfant de d'une mère psychotique. En abordant l'étude sur *« les difficultés psychosociales rencontrées par l'enfant de mère psychotique »*, nous avions le but de saisir le sort de ces enfants dans leur vie quotidienne. En vue de bien conduire cette étude, nous avons envisagé d'aborder ce problème à travers deux parties : la première concerne les considérations théoriques où nous avons choisi de définir les concepts tels que la famille, l'éducation, l'identification, le malade psychotique, les difficultés psychosociales et la prise en charge, afin de montrer l'orientation de l'étude. Nous avons aussi étudié l'importance de l'intégrité familiale sur l'éducation des enfants, les généralités sur la maladie mentale et nous avons, enfin, montré les considérations méthodologiques pour concrétiser la faisabilité de l'étude.

La seconde partie a porté sur l'étude des cas pratiques de la situation de terrain où nous avons identifié les sentiments éprouvés par l'enfant de mère psychotique , découvert les problèmes rencontrés par l'enfant dans la prise en charge de sa mère psychotique et proposé des perspectives d'intervention en faveur de l'enfant de mère psychotique. Cette partie comprend aussi une conclusion générale et des suggestions.

0.1. Motivation et justification du choix du sujet

La question qui se pose ici est de savoir pourquoi nous avons choisi le présent sujet de recherche. Plutôt que d'être le fruit du hasard, le choix de ce sujet de recherche a été motivé par l'intérêt que nous portons sur la santé mentale et ses conséquences sur l'entourage de la victime. A ce propos, voici ce qu'explique LEON (1977, p.40) : *« l'élaboration d'un sujet de recherche suppose d'abord un intérêt réel pour un thème que l'on se propose d'exploiter ».* Dans ce sens, bien de chercheurs ont effectué des travaux de recherche sur les enfants issus des parents malades mentaux. Il s'agit entre autres de HAVYARIMANA qui a étudié *« L'impact de la maladie mentale des parents sur le développement psychoaffectif de l'enfant de 12 à 18 ans »*. Il a conclu que la maladie mentale d'un parent perturbe le développement psychoaffectif de l'enfant et il a montré quelques comportements des enfants pouvant montrer qu'ils ont mal vécu leur enfance.

Pour ce qui nous concerne, nous pensons que l'enfant dépourvu de l'affection maternelle ne grandit point sans conséquences sur son vécu quotidien. L'enfant issu de la mère psychotique est défavorisé aux plans économique, socioculturel, physique, moral, etc. L'enfant de mère psychotique manque d'affection maternelle à son jeune âge et est privé de stimulations nécessaires à son développement harmonieux. Notre motivation était donc centrée sur l'intérêt que nous portons sur le vécu de l'enfant ayant une mère qui se révèle incapable de satisfaire ses attentes et de remplir ses fonctions éducatives. C'est ainsi que nous avons voulu apporter notre contribution à l'étude des difficultés psychosociales rencontrées par les enfants de mère psychotique.

0.2. Délimitation du sujet

Dans un travail de recherche, cadrer le sujet de travail est d'importance capitale afin d'éviter le problème d'aborder la question de façon vague. Notre tâche est d'éclairer les aspects du phénomène à l'étude.

Pour ce qui nous concerne, l'enfant de mère psychotique est soumis à de multiples difficultés d'ordre économique, socioculturel, développemental, psychoaffectif et cognitif. Etant donné que nous ne pouvons pas prétendre aborder tous les aspects dans le cadre d'étude des difficultés rencontrées par l'enfant de mère psychotique, nous nous sommes limité à l'étude des difficultés psychosociales rencontrées par l'enfant de 7 à 12 ans. A cet âge, l'enfant est disposé à assimiler les expériences de son milieu de vie grace à son niveau d'intelligence et son équilibre lui permettant d'absorber des évenements et des épreuves auxquelles il est soumis. Pour rendre opérationnel cet objectif, nous avons opté à identifier les sentiments éprouvés par l'enfant de mère psychotique, les difficultés rencontrées par l'enfant dans la prise en charge de ladite psychotique et à mettre en évidence les perspectives d'aide pour cet enfant.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS-CLES

Dans le but de lever les équivoques éventuelles dans la compréhension de l'orientation de la recherche, nous avons jugé bon de préciser le sens des termes-clés que nous avons utilisés le long de notre travail. Etant donné que le sens d'un terme varie selon le contexte dans lequel il est utilisé, il est nécessaire pour le chercheur de définir les mots-clés afin de montrer l'orientation de la recherche. Ainsi, nous avons alors consacré ce chapitre à la définition de certains concepts qui s'avèrent indispensables pour notre recherche.

1.1 Famille

La famille est une institution de base de parenté et est composée d'un père, de la mère et des enfants. Chacun des membres a des responsabilités vis-à-vis de la famille nucléaire et de la famille au sens large. Selon SYLLAMY (1983, p.157), « *la famille désigne un ensemble d'individus unis par les liens du mariage, du sang ou de l'adoption, qui vivent ensemble sous un même toit ou s'ils sont séparés, qui se reconnaissent un foyer commun.* »
Ceci revient à dire que la famille est un ensemble constitué d'individus qui vivent ensemble et qui ont des intérêts communs. A ce sujet, POROT (1979, p.8) définit la famille comme étant « *un ensemble des personnes d'un même sang vivant sous le même toit et plus particulièrement le père, la mère, et les enfants.* »
C'est un milieu dans lequel l'enfant doit s'épanouir, commencer son apprentissage sous l'effet d'un ensemble de stimulants et d'expériences qui le conditionneront tout au long de sa vie. C'est dans la famille qu'il acquiert l'essentiel des valeurs et qu'il apprend à appréhender le monde. Quant à l'UNESCO (1979, p.47), « *la famille, c'est là où nous acquérons l'essentiel de nos valeurs, de nos attitudes, c'est là où nous nous familiarisons avec nos traditions et nos cultes. Avec de nombreuses techniques fondamentales nous apprenons également à juger et à appréhender le monde qui nous entoure.* »
Les membres de la famille doivent donc interagir afin de contribuer à l'accomplissement des buts et des objectifs de cette entité.

Dans la société burundaise, le père incarne l'autorité et la force pour les enfants. Lorsque les enfants sont encore très petits, la mère offre l'affection et s'occupe de l'éducation de ceux-ci. Quant aux enfants, ils doivent obéissance à leurs parents et entretiennent de bonnes relations entre eux. La famille contribue donc de manière considerable à l'éducation et au développement de l'enfant. Toutefois, la famille n'est pas toujours un milieu stable, harmonieux, équilibrant ou équilibré. Elle peut affronter des difficultés diverses. DELDIME (1991, p.54) montre qu'*« une famille se définit par les membres qui la composent et leurs interactions, c'est un système ouvert qui possède un état de stabilité et une forme d'équilibration : le comportement de l'un détermine et est déterminé par le comportement des autres, tout changement de comportement de l'un a des répercussions sur les autres.* »

La famille peut se destabiliser suite aux difficultés auxquelles elle est confrontée. Il s'agit entre autres de la maladie de l'un des parents qui l'empêche de répondre à ses devoirs et de pourvoir aux besoins de ses enfants. Dans ce cadre, toutes les composantes de la famille se trouvent en difficulté de remplacer valablement la victime et l'équilibre familial est ainsi perturbé. Le déséquilibre de la famille a une incidence sur l'éducation et le développement psychologique de l'enfant. L'éducation des enfants suppose la présence de deux parents capables d'interagir pour réaliser leur mission commune d'éduquer leur progéniture.

1.2. Education

L'éducation est l'une des valeurs humaines fondamentales. Elle est une action exercée dans le milieu familial et se présente comme l'art de développer les qualités potentielles, physiques et morales d'une personne. C'est une action exercée par les adultes sur les jeunes nouveaux venus dans la société en vue de les intégrer en leur montrant des modalités de comportements jugés acceptables dans leur communauté. LAFON (1969, p.375) indique que *« l'éducation est une action exercée par un adulte qui en a la charge sur un jeune en vue du développement physique, intellectuel et moral de celui-ci et de son*

intégration dans un milieu où il est appelé à vivre. »

L'éducation est donc une action exercée par l'adulte sur l'enfant dans le but de lui faire acquérir des comportements acceptables dans la société humaine. Il s'agit donc de l'intégration de l'enfant dans une communauté précise à laquelle il appartient et il doit vivre en conformité avec son entourage.

DURKHEIM (1980,p.12) se propose d'expliquer l'éducation comme étant « *l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physique, intellectuel, et moraux que réclame de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné. »*

Il appartient donc à l'adulte d'aider le jeune enfant à développer ses différentes qualités qui doivent être mises au service de la société dans laquelle il vit. Dans cette entreprise, les parents jouent un rôle important dans la mesure où ils sont les premiers à avoir contact avec leurs enfants. Le rôle de l'éducateur est d'aider les enfants à s'épanouir. Cela veut dire que les parents doivent intervenir dans la vie de l'enfant pour orienter son épanouissement. Ils doivent proposer des modèles de conduite, réprimer les mauvaises tendances qui pourraient éventuellement se manifester et stimuler les bonnes. NTAWURISHIRA (1988, p.1) indique que « *l'éducation est un fait social déterminé. C'est-à-dire que pour comprendre un système éducatif d'une époque déterminée, il faut d'abord procéder à l'étude de la société de cette époque, sa philosophie du monde et de la vie, son économie, son système politique, bref, l'ensemble de ses institutions. »*

L'éducation comprend toutes les influences qui s'exercent sur l'individu pendant sa vie, elle embrasse aussi bien la formation sociale que la formation intellectuelle et ne peut donc pas exclure les aspects affectifs. Dans ce cadre, nous pouvons constater que l'éducation peut provoquer certaines modifications de la part de celui qui la reçoit.

Dans la société burundaise, l'éducation traditionnelle visait à former un adulte apte à reproduire et à perpétuer la société. L'éducation paraît donc comme l'outil valable de conserver la dignité humaine et permet à l'enfant d'accéder à l'état adulte et à la maturité

pour être utile à sa famille. L'éducation doit être liée à la culture dans laquelle elle est donnée surtout à la société dont elle reflète le degré de civilisation et l'ensemble de son organisation; elle est l'œuvre de l'enfant et de celle des parents. L'enfant doit être stimulé par son entourage sur tous les plans de son développement. L'épanouissement de l'enfant exige la présence des parents intègres, capables de réaliser efficacement leur action éducative sur leur progéniture. L'éducation est donc une entreprise exigeant la présence de deux parents puisque chacun d'eux joue un rôle qui lui est spécifique. Quand un des parents n'est plus à mesure de remplir ses fonctions et plus particulièrement l'éducation des enfants, on assiste à la régression du développement de l'enfant.

Dans notre travail, nous avons utilisé le terme « *éducation* » pour signifier l'ensemble des actions menées par les parents dans l'objectif d'amener l'enfant à son développement, en l'aidant à résoudre ses problèmes. Nous avions l'intention de montrer comment la pathologie de la mère exerce des effets néfastes sur l'éducation de son enfant. Soulignons que l'éducation de l'enfant est un processus longitudinal au cours duquel l'identification paraît comme l'élément essentiel faute de quoi l'enfant est soumis à de multiples difficultés dans sa vie sociale ultérieure.

1.3. Identification

L'identification est un mécanisme fondamental au cours du développement de l'enfant se manifestant par une sorte d'imitation à ses parents. C'est un mécanisme fondamental de la différenciation du Moi. Pour SYLLAMY (1977, p.477), *« l'identification est un processus psychologique de structuration de la personnalité commençant avec l'imitation inconsciente et se poursuivant par l'assimilation- intériorisation du modèle. »*

L'identification est toujours double, elle s'adresse aux deux parents selon le sexe de l'enfant. L'identification se réalise au niveau des rapports de l'enfant avec ses parents. L'enfant développe des sentiments d'attachement envers un parent de sexe opposé et des sentiments ambivalents envers le parent de même sexe, c'est à- dire qu'il éprouve des sentiments hostiles mêlés d'admiration au parent de même sexe.

C'est avec le dépassement de l'œdipe que l'enfant découvre que le parent de même sexe est un modèle idéal auquel on doit s'identifier. En bas âge, l'enfant s'identifie de manière inconsciente à ses parents et est amené petit à petit à intérioriser les attitudes des modèles qui s'offrent à lui. L'identification permet alors à l'enfant de s'approprier inconsciemment les attitudes de ses parents d'abord, ensuite celles de son entourage, d'autant plus qu'il s'agit d'un processus continu, dès la naissance à la période d'après la puberté, voire même toute la vie. BERNARD, P. (1979, p.127) explique dans ses propos que « *l'identification commence à la naissance par une esquisse de lien de réciprocité avec la mère nourricière et sécurisante.* » Ceci nous renvoit à comprendre qu'il existe à la naissance des relations réciproques entre l'enfant et sa mère qui est le premier objet auquel l'enfant doit s'attacher. Ainsi selon le même auteur (1979, p.127), « *le procédé de l'identification se poursuivra toute la vie. Chacun de nous pourra ultérieurement s'identifier à son patron, à son entreprise, à une vedette, à un héros, à un idéal.* »

On comprend que le processus d'identification est un processus continu durant toute la vie. Dans cet ordre d'idées, il est à souligner que le développement de la personnalité de l'enfant est fondé sur la nature du modèle auquel il s'est identifié. MUCCHIELLI (1976, p.81) montre que « *le processus d'identification dont les modalités particulières aux âges antérieures sont : discrimination et fixation d'une forme différenciée, participation, imitation d'un modèle, prend soudain un aspect nouveau : celui d'une identification absolue, une sorte de désir de substitution complète et magique. Normalement, l'enfant fixe ce désir sur le parent de même sexe : Le garçon s'assimile, s'incorpore la personne de son père, la fille fait de même avec sa mère.* »

En ce qui nous concerne, nous avons porté l'attention sur l'étude du vécu de l'enfant qui s'est identifié à la personnalité morbide de sa mère psychotique. Notre souci était de cerner les conséquences liées à cette identification de l'enfant à la personnalité pathologique de sa mère.

1.4. Malade psychotique

Une personne est dite « psychotique » lorsque sa personnalité est profondément déstructurée. Ainsi, elle ne peut pas exercer ses fonctions et elle se révèle incapable de vivre en harmonie avec les autres. La psychose est l'une des maladies mentales qui se manifeste par le déséquilibre du psychisme de l'être humain. Elle pousse la victime à franchir les limites établies par les normes et la culture de sa société.

OVERSTREET, H. et OVERSTREET, B. (1966, p.140) l'expriment en ces termes, *« les maladies mentales, même lorsqu'elles ne sont pas graves, ne constituent jamais des problèmes individuels. Elles se manifestent dans les cadres étroits et vastes au détriment du monde. »*

Ceci pour signifier que la maladie mentale est loin de rester un problème individuel. Elle dépasse l'espace vital de la victime pour déborder sur celui de l'entourage direct et lointain de celle-ci.

La maladie mentale se manifeste par l'incapacité du psychisme humain à résoudre les conflits psychologiques pour s'adapter aux différentes circonstances que la vie lui offre. D'après SYLLAMY (1977, p.64), *« les psychoses se caractérisent par des altérations plus ou moins profondes et durables de la personnalité avec apparition d'une activité délirante qui perturbe les rapports du sujet avec la réalité. »*

Lorsque l'individu vit la désorientation de la personnalité suite à la vie psychique altérée profondément, il est dit, psychotique. Tandis que celui qui n'est pas altéré psychiquement est dit, névrotique. Le même auteur définit les névroses comme étant *« l'ensemble des troubles d'origine psychologique qui trouveraient leur source dans des conflits infantiles ou actuels mal résolus et qui se traduisent par des symptômes plus ou moins invalidants. »*

Le névrosé, lui, demeure conscient de ses troubles et manque des moyens pour s'en sortir. Il peut même accomplir ses tâches quotidiennes. Contrairement au psychotique chez qui la personnalité est dissociée de façon profonde. Il vit la réalité propre à lui. BARUK (1973, p.13) indique dans ce cadre que « *dans le cas des névroses, le trouble psychique reste insuffisant pour altérer très ostensiblement le fonctionnement de la personnalité. Dans le cas*

des psychoses, la personnalité elle-même est touchée de façon manifeste plus ou moins profondément. »

Le psychotique vit une réalité différente de celle que vit son entourage. Il se caractérise par la dissociation de sa personnalité; ce qui l'empêche de vivre en harmonie avec son entourage, mais le névrosé reste conscient de ses problèmes et garde ses potentialités intellectuelles.

1.5. Difficultés psychosociales

Les contraintes et les difficultés rencontrées par l'individu sont indissociables de la réalité sociale. La psychologie étudie les êtres vivants et le comportement de ces derniers. En plus du comportement, la psychologie étudie les interactions entre l'organisme et le milieu dans lequel il se trouve. Pour SYLLAMY (1980, p.951), *« la psychologie est une science de la conduite »*, ce qui fait entendre le comportement objectivement observable, mais encore l'interaction de l'organisme et de son milieu.

Le vécu psychosocial désigne la corrélation indissociable entre la vie personnelle et la réalité sociale. Dans ce sens, l'homme est inséparable du milieu social dont il fait partie et subit des influences de la part d'autrui. La vie d'une personne est matérialisée par des expériences personnelles et de l'influence sociale. Si le milieu est défavorable, le vécu de l'individu est mis dans de multiples difficultés. L'individu est donc indissociable du milieu dont il subit des influences car le psychologique et le social sont les deux versants indissociables, interagissant entre eux. L'individu ne peut pas vivre en dehors de la société dans laquelle il est intégré. Son entourage agit sur lui soit négativement, soit positivement.

Les difficultés psychosociales désignent les contraintes et problèmes personnels qui sont en corrélation avec la réalité sociale. Dans ce cadre, il importe de souligner que l'homme doit subir des influences du milieu. Il y a donc un lien indissociable entre la vie personnelle et la réalité sociale. BADIN (1977, p.2) montre qu'*« en réalité l'homme et la société ne sont pas entièrement exclusifs, extérieurs l'un de l'autre (...). L'homme nait au sein d'un groupe social ou son substitut, et il est pratiquement impossible de se développer en*

dehors de la société. Il y a un lien indissoluble entre l'évolution de l'individu et la réalité sociale, au point qu'on a pu dire que le social vit en chacun de nous ».

C'est dans le cadre d'interaction de personnes et de groupes dans la vie quotidienne que nous avons voulu faire asseoir notre recherche.

Notre souci ici était d'étudier le sort de l'enfant en interaction et en cohabitation avec sa mère psychotique, puisque si le milieu social dans lequel l'enfant grandit n'est pas favorable pour créer un climat de détente, le psychologique est aussi affecté. C'est notamment le cas des troubles du comportement ou de caractère, des troubles mentaux qui peuvent se manifester plus tard.

1.6. Prise en charge

D'une façon générale, la notion de prise en charge désigne les activités réalisées ou les actes posés essentiellement dans le but d'aider une personne ou un groupe de personnes incapables de franchir une situation de difficulté nécessitant une aide d'autrui. Une prise en charge est donc une action qu'une personne exerce en faveur d'une autre en besoin d'assistance. Elle lui assure un entretien et essaie de le faire adapter à la situation tout en lui procurant ce dont il a besoin pour vivre. Il s'agit donc d'une action exercée par une personne ou un groupe de personnes sur une personne inadaptée à la situation de son existence afin de l'aider à bien s'adapter.

La prise en charge est une action qu'une personne exerce envers une autre en besoin pour survivre et s'adapter à la situation présente nécessitant l'assistance. De cette manière, la prise en charge est à comprendre comme étant l'engagement d'une personne de pouvoir venir en aide à une autre personne en situation de besoin et qui se révèle incapable de s'occuper de sa vie indépendamment des autres.

Quant à NDUWARUGIRA et NGENDAKUMANA (1991, p.23), ils disent à ce propos que *« la prise en charge implique une aide privée aux mal adaptés, aux déshérités et aux handicapés. C'est une relation professionnelle dans laquelle une personne est assistée pour son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas normalement. Ceci*

suppose que l'aidant est capable de comprendre le problème dans les termes où il se pose pour tel individu singulier dans son existence singulière. »

La prise en charge est un secteur d'intervention délicat peu importe la situation concernée. Il s'agit d'une aide apportée à une personne vulnérable, ayant perdu son autonomie et qui nécessite d'être assistée. Dans ce cadre, NINGANZA (1999, p.13) indique qu' *« une prise en charge telle que nous l'entendons est l'action qu'une personne exerce envers une autre en besoin d'assistance. Elle lui assure un entretien et essaie de s'adapter à sa situation tout en lui procurant ce dont il a besoin pour survivre. »*

Prendre en charge quelqu'un, c'est l'aider dans son incapacité de répondre aux exigences de la vie en lui assurant la satisfaction de ses besoins qu'il est incapable de combler tout seul dans son autonomie. La prise en charge suppose alors les ressources pour satisfaire les besoins alimentaires comme l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins de santé et autres besoins. En plus de ceci; l'aidant doit être capable de comprendre le problème dans les termes où il se pose pour tel individu dans sa vulnérabilité.

Dans notre travail, nous avons considéré le processus auquel fait recours la famille du malade mental pour faire face à la vulnérabilité du patient afin de l'aider à évoluer personnellement dans le sens social. L'attention est donc portée plus sur l'action exercée par les enfants dans la prise en charge psychosociale de leurs mères en situation précaire à cause des perturbations psychiques. Une mère psychotique n'est plus à mesure de remplir ses obligations suite à la dissociation de sa personnalité .Sa pathologie l'expose au risque surtout lorsqu'elle a des comportements antisociaux, comme les fugues, l'agressivité et les tentatives de suicide. Celle-ci a besoin d'être prise en charge par son entourage et plus particulièrement par son mari et ses enfants. La prise en charge est prise ici comme l'action exercée par les membres de la famille envers la mère psychotique qui n'est plus autonome à cause de ses perturbations psychiques.

Dans ce chapitre, nous avons procédé à l'explication des concepts qui nous ont permis de comprendre le contenu et l'orientation du travail. L'explication des concepts-clés nous a permis de donner à chaque mot le sens qui lui faut au sein de l'ensemble d'autres

vocables. Nous avons exploré à travers la suite, l'importance de l'intégrité familiale dans l'éducation de l'enfant, dans ce sens que la survie de l'enfant dans une famille épanouissante et sa cohabitation avec les parents lui permet de se développer harmonieusement.

CHAPITRE II : L'IMPORTANCE DE L'INTEGRITE FAMILIALE DANS L'EDUCATION DE L'ENFANT

Dès sa naissance, l'enfant a besoin d'un milieu familial sécurisant, stable et répondant à ses besoins quotidiens. Le milieu familial doit donc être équipé affectivement pour mieux favoriser le développement et l'éducation des enfants. La présence de deux parents est une exigence pour l'éducation de l'enfant car il doit y avoir équilibre entre amour et autorité. L'intégrité familiale suppose donc la présence de deux parents, la mère et le père, sans reproche pathologique et qui sont en mesure de répondre aux besoins de l'enfant au cours de son développement.

2.1. La famille, milieu de l'épanouissement de l'enfant

La famille est le premier milieu où l'enfant prend contact. Il a besoin de l'adulte pour apprendre à s'adapter et à se développer harmonieusement. C'est un milieu dans lequel l'enfant doit s'épanouir, commencer son apprentissage sous l'effet d'un ensemble de stimulants et d'expériences qui le conditionnent tout au long de sa vie. C'est dans la famille qu'il acquiert l'essentiel des valeurs et qu'il apprend à appréhender le monde en vue de s'épanouir psychologiquement et physiquement.

2.1.1. L'épanouissement sur le plan psychologique

Le milieu familial contribue, de manière essentielle, à maintenir le tout petit en vie en lui procurant la satisfaction de ses besoins vitaux et en le protégeant des innombrables périls qui le menacent de toute part. Dans le souci de favoriser le développement, l'enfant a toujours besoin d'autrui, il a besoin d'une aide de l'adulte en vue de l'amener à une vie mature. La famille est un milieu qui fait apprendre à l'enfant comment affronter les contraintes et les expériences de la vie sociale sans trop de peines. La famille est donc une entité vitale et favorable au développement de l'enfant qui lui assure des conditions favorables au développement affectif, cognitif et social.

L'intégrité du couple parental permet la satisfaction des besoins, ce qui permet à l'enfant de s'épanouir et de tendre vers l'autonomie. Les parents doivent veiller à ce que les besoins de l'enfant soient satisfaits. Tous les détails des soins physiques apportés à l'enfant sont, surtout pour le nourrisson, d'une importance psychologique capitale. La mère s'adapte activement à ses besoins en exprimant l'amour par des soins physiques et ceci permet aussi au psychisme du nourrisson de se développer. Selon POROT (1979, p.13), *« Amour, acceptation et stabilité sont les trois piliers de la sécurité, condition essentielle du développement affectif de l'enfant. »*

L'enfant a donc besoin de vivre dans un milieu affectif et riche de stimulations pour favoriser son développement psychologique.

Le développement de l'enfant vers l'autonomie se fait sur trois plans à savoir, le plan physique, le plan intellectuel et le plan affectif. C'est ce que POROT (1979, p.13) explique de cette manière : *« L'enfant normal, pour devenir adulte, évolue sur trois plans parallèles et profondément intrigués : physique, intellectuel et affectif. »*

L'éducation et l'instruction au sens large du mot favorisent son développement intellectuel. C'est de l'ambiance familiale, surtout dans son jeune âge, que dépendent l'équilibre et l'évolution normale de son affectivité. L'épanouissement psychologique de l'enfant nécessite la présence de deux parents qui sont en bonne santé physique et psychique.

2.1.2. L'épanouissement sur le plan physique

Dans le foyer, la mère s'occupe de la satisfaction des besoins organiques de la famille à travers les soins appropriés. Son amour et ses stimulations favorisent le développement affectif et intellectuel de l'enfant. L'enfant est donc un être en développement, et pour parvenir à une bonne évolution affective, il a plus besoin de la sécurité. L'amour maternel, les besoins organiques assouvis par la mère, permettent à celui-ci de se sentir en sécurité et de se développer normalement. D'après POROT (1979, p.15) , *«l'amour de l'entourage et, avant tout, celui de la mère, est nécessaire au développement de l'enfant non seulement sur le plan affectif, mais encore comme l'ont montré les travaux récents, sur le plan physique et*

intellectuel .»

Au sein du foyer, la présence de la mère est une condition essentielle dans le processus du développement de l'enfant sur le plan affectif, physique et intellectuel. Le libre jeu des grandes fonctions et la satisfaction des besoins organiques permettent l'épanouissement physique de l'enfant.

Enfin, soulignons qu'au Burundi et plus particulièrement en milieu rural, c'est à la mère que revient la tâche de pourvoir aux besoins touchant la sensibilité et la tendresse de l'enfant, besoins les plus fondamentaux pour sa vie. La satisfaction des besoins physiologiques de l'enfant suppose donc l'intégrité du couple parental et la stabilité du milieu familial qui exige que chacun des époux soit en mesure d'accomplir les devoirs et les tâches qui lui sont confiés pour la bonne marche de la cellule familiale. La mère est naturellement dotée des habiletés lui permettant de se mettre à la disposition d'aider son enfant. Le contact de la mère d'avec l'enfant permet à celui-ci de se sentir à l'aise et la satisfaction de ses besoins vitaux lui permet de se développer physiologiquement et psychologiquement. De cette manière, la mère intervient dans des domaines diversifiés au sein du foyer. L'éducation et le développement harmonieux des enfants exigent que la mère soit bien disposée car sa nature aimante contribue de façon essentielle à la satisfaction des besoins psychologiques de ceux-ci. A côté de son rôle d'éducation, la mère apporte une contribution importante à son conjoint pour la réalisation des projets de la cellule familiale afin d'assurer l'évolution et le bien être familial.

2.2. La place de la femme dans la famille

A partir du moment où les deux personnes, l'homme et la femme, s'engagent à vivre ensemble,il nait une entité familiale. Leur union fait naitre d'autres éléments en termes de fruits visibles. Ce sont des enfants qui, parmi d'autres motivations, poussant ces personnes à mener une vie commune, occupent une place de choix. Ainsi, toute cellule familiale doit être fondée sur la synergie entre le mari, l'épouse et les enfants. La disparition de l'un de ces partenaires rompt l'équilibre du noyau familial. Dans ce sens, chacun a son domaine

d'activités spécifiques dans lequel il agit en maître. Ici, l'épouse reste un des piliers du foyer sans lequel l'équilibre familial serait rompu. La mère est alors appelée à satisfaire aux besoins psychologiques fondamentaux des enfants, à témoigner l'amour conjugal à son mari et à exercer des activités qui lui sont confiées en vue de maintenir l'harmonie familial.

2.2.1. La mère, soutien de l'équilibre familial

Dans la cellule familiale, la mère constitue une force majeure pour le développement de son foyer. Elle doit témoigner l'amour conjugal à son mari afin de favoriser l'équilibre affectif de celui-ci. Pour qu'il y ait l'harmonie du couple, chacun d'eux doit avoir conscience qu'il ne vit seulement pas pour lui-même, mais aussi pour son conjoint. Le mari et son épouse doivent travailler en synergie et faire face à tout problème qui survient dans la cellule familiale. Comme le dit WINNICOTT (1975, p.41.), *« les familles épanouissantes font preuve d'organisation mais si quelque chose contrecarre un projet, elles peuvent facilement faire des modifications. De cette façon, elles sont capables de régler sans panique la plupart des problèmes de la vie. »*

Le rôle de la mère est multidimensionnel. Celle-ci est épouse, elle est mère et éducatrice, ménagère et gestionnaire des biens familiaux et est responsable des relations sociales à la maison. Tous les deux parents doivent s'entraider et coopérer dans l'exécution de leur mission commune d'éduquer leurs enfants. Le fonctionnement du foyer est fondé sur des conduites favorables adoptées par les membres du système familial et plus particulièrement le père et la mère. Dans ce sens, la mère comme le père doivent des qualités telles l'autorité conjugale, l'amour conjugal, le dialogue conjugal, la capacité de réaliser les projets familiaux, etc.

2.2. 2. L'autorité conjugale

La tradition burundaise veut que la femme soit soumise à l'autorité du mari. Le mari commande et dirige, c'est dire qu'il possède l'autorité. Cependant, sans avoir l'autorité, la femme possède un réel pouvoir; dans le foyer, elle occupe une place spécifique permettant

de travailler pour le bien -être de la cellule familiale.

NAVAS, J. et ses collaborateurs (1977, p.341) montrent que « *les statuts de l'homme et de la femme à l'intérieur du couple étant nettement défini, chaque conjoint a son domaine d'activités spécifiques dans lequel il s'estime maître. Cette démarcation des activités familiales permet à la femme de récupérer en pouvoir ce qu'elle n'a pas en autorité.* »

La femme possède un pouvoir dans le domaine où le mari se révèle incapable de s'occuper et d'accomplir parfaitement. Traditionnellement, les questions importantes concernant la maison, le bétail et les relations extérieures sont du domaine propre au mari. C'est à la femme, par contre, qu'incombe l'organisation du ménage, spécialement l'utilisation de certaines récoltes et nourritures.

Néanmoins, outre les tâches propres à chacun des époux, il y a un certain nombre d'activités conjointes dans lesquelles est requise la collaboration des deux. Il s'agit notamment l'éducation des enfants et la quête du budget du foyer. Lorsqu'un des époux n'est pas en mesure d'accomplir ses devoirs, son partenaire éprouve des difficultés dans sa vie quotidienne car il ne peut pas le remplacer valablement. Ainsi, toute cellule familiale doit être fondée sur la collaboration des époux en vue de préparer le champ d'éducation des enfants et la bonne marche de l'ensemble. L'autorité paternelle permet aux enfants de se sentir en sécurité et la nature aimante de la mère permet le bon développement psychoaffectif de ceux-ci.

2. 2. 3. L'amour conjugal

Tout être humain, dans les conditions normales, éprouve un sentiment et un besoin de se lier à autrui. Dès l'enfance, il y a la sollicitation de l'amour d'autrui, ce qui se matérialise respectivement par l'amour maternel et plus tard l'amour conjugal. L'amour conjugal est alors un sentiment partagé entre les deux partenaires de sexes différents qui habitent ensemble sous le même toit. C'est une réalité qui amène chacun d'eux à une prise de conscience qu'ils mènent une vie commune exigeant le partage des sentiments.

SATIR (1980, pp.137-138) l'exprime en ces mots : « *L'amour est un sentiment puissant qui*

libère le potentiel d'une personne, lui permet de poursuivre ses rêves sans crainte d'être jugée et de laisser de côté ses propres besoins au profit des besoins de l'autre. Ainsi, l'amour permet d'être patient et de ne pas perdre le sentiment de sa propre valeur, tout en s'efforçant péniblement de comprendre l'autre, de surmonter les différences individuelles, de supporter le sentiment de solitude qui s'élève inévitablement de temps en temps quand chacun prend ses distances à l'égard de l'autre pour vivre sa propre vie. »

La femme permet alors à son mari de satisfaire son besoin d'aimer et d'être aimé. Elle se doit, comme le mari, d'aimer et d'aider son conjoint afin de maintenir l'homéostasie familiale. Chacun d'eux doit céder ses propres besoins au profit de ceux de l'autre, ce qui l'amène à son propre dépassement pour la considération et l'acceptation d'autrui. La femme, tout comme son mari, doit manifester des actions rassurant à son conjoint qu'ils sont sur la même voie d'existence. La femme indifférente affectivement à son mari dévie en quelque sorte de sa mission première et augmente des risques de dislocation familiale. Ceci se remarque surtout lorsque la femme est malade mentale, quand elle ne peut que perturber le climat familial. Le mari est, de ce fait, confronté aux circonstances douloureuses qui font qu'il se sent menacé par la vie solitaire. Il est mal placé pour réaliser ses obligations en les combinant avec celles de son épouse dépourvue de la conscience suite à son état pathologique.

2.2.4. Le dialogue conjugal

Nul n'ignore que le mari et son épouse doivent s'entretenir sur certains sujets qui paraissent essentiels pour la vie familiale. Le dialogue conjugal est une voie de communication favorable à la stabilité familiale et au renforcement de la cohésion du couple, base solide du développement du foyer. Le mari et son épouse doivent se mettre ensemble en vue de s'entendre sur les perspectives et les dimensions de la dynamique de la cellule familiale. Le dialogue conjugal apparaît alors comme une communication favorable, sans laquelle chacun des époux se situerait dans une désorientation complète. Le couple conjugal passe par le dialogue pour éviter les discordances pouvant se révéler comme un

handicap à l'évolution des conjoints et à l'accomplissement des buts que ceux-ci se fixent. Comme le souligne SYLLAMY (1980, p.135), « *la communication est un élément fondamental et complexe de la vie sociale, qui rend possible l'interaction des personnes et dont la caractéristique essentielle est, selon Daniel Lagache, la réciprocité. C'est grâce à elle que les relations humaines existent et se développent. Sans communication, la vie sociale est impossible.* »

L'interaction entre le mari et son épouse est fondée sur le dialogue conjugal et celui-ci dépend de l'intégrité du couple sur les plans physique, moral et social. L'entretien entre époux crée une opportunité à échanger et prendre des décisions à propos de l'éducation des enfants, leurs propres relations sexuelles, le nombre d'enfants souhaité, les projets et la planification de l'avenir familial, etc.

Cependant, une personne perturbée psychologiquement ne peut être qu'en proie à ses délires et malaises. Elle reste indifférente à l'égard de la réalité sociale. La mère psychotique présente des perturbations psychiques qui l'empêchent d'établir des relations durables et saines avec son conjoint, ce qui handicape le développement équilibré des enfants.

2.2.5. La réalisation des projets de la cellule familiale

Dans toute cellule familiale, le couple doit concevoir des projets et chacun de ses membres contribue à la réalisation de leur ambition. Il existe différentes professions et activités exercées par les femmes mariées qui sont nécessaires au développement du foyer. Au Burundi, deux grands groupes de femmes sont à distinguer. Il s'agit de celles qui exercent une activité professionnelle et celles qui restent au foyer. Pour ce faire, les deux époux doivent s'aider mutuellement à la réalisation de leurs projets. Cela exige que chacun d'eux soit en bonne santé tant physiquement que psychiquement. Le mari, comme son épouse a donc besoin du soutien de son conjoint car, comme l'adage « *rundi* » l'affirme, « *Ubugirigiri bugira babiri* » et encore « *Inyakamwe inyaga imwe* », ce qui veut dire « *l'union*

fait la force », chacun d'eux ne peut pas accomplir de façon satisfaisante les projets familiaux sans l'aide de son conjoint.

La femme est l'appui de son mari dans la réalisation des projets et l'accomplissement des buts qu'ils se fixent. C'est dire que la femme vient prendre le relai lorsque la force de son époux est épuisée. NTAHONDEREYE (2008, p19) le dit ainsi à propos d'un mari sans épouse : « *Il peut se sentir surchargé pour bien coordonner ses activités car il se débat sur tous les fronts. L'homme et son épouse doivent partager la même vision pour la vie. La stabilité économique est mieux assurée à deux que quand on est seul.* »

La recherche de l'épanouissement économique du couple permet alors à ces deux individus cohabitant à faire progresser leur progéniture et leur permet de se développer harmonieusement. Parmi les projets de la cellule familiale, l'éducation des enfants occupe une place de choix. Les conjoints doivent se mettre ensemble pour concevoir et promouvoir les moyens leur permettant de bien faire progresser leurs enfants. La femme contribue de façon importante à la réalisation de ces projets et plus particulièrement l'éducation des enfants. Néanmoins, les projets de la cellule familiale peuvent être bloqués par l'état pathologique de l'un des conjoints qui fait que la victime se retire de son engagement.

2.3. Le rôle des parents dans l'éducation des enfants

La famille est un milieu auquel on doit attribuer une importance particulière dans le développement de l'enfant suite à la convergence des expériences quotidiennes. Les parents sont les premiers partenaires de l'éducation des enfants et ils exercent leur action sur les membres de la famille. Dans la cellule familiale, l'enfant sait ce qu'il attend de chacun de ses parents. De sa mère, il attend l'amour et, du père, l'autorité. Son équilibre psychologique dépend de la nature des relations qu'il entretient avec ses parents car, comme le dit ainsi BERTOLUS, cité par LE MOAL (1971, p.146), « *l'équilibre de l'enfant sera sauvegardé, s'il peut conserver avec chacun des parents une relation vraie et autonome.* »

A un bas âge, les parents ont un rôle commun dans l'éducation des enfants. Au fur et à mesure que l'enfant évolue, le rôle de chacun se spécifie, le garçon étant sous le suivi du

père, et la fille étant éduquée par sa mère. WINNICOTT (1978, p.18) indique que *« le leader instrumental, c'est le mari : le mari fait vivre la famille (rôles professionnels), le leader socio-affectif, c'est la femme : c'est elle qui console, qui en général apaise les conflits internes entre le père et les enfants ou adolescents, etc. »*

L'éducation des enfants reste donc une des valeurs fondamentales du couple parental dans la famille patriarcale où la famille constitue le répertoire de modèle et d'orientation comportementale de l'éduqué. La mère, le père et la fratrie constituent ledit répertoire familial où l'enfant puise ses repères comportementaux. Par ailleurs DODSON, F. (1975, p.187) affirme que *« l'enfant en grandissant a besoin d'un modèle de conduite féminine et d'un modèle de conduite masculine. Un seul parent ne peut absolument pas jouer les deux rôles. »*

Les regards positifs et bienveillants de l'environnement familial, sans nécessairement enclencher de véritables et profonds liens d'attachement créent, néanmoins, un véritable espace affectif, émotionnel et sécurisant. Dans notre société burundaise, le père incarne l'autorité et la force pour la défense de la famille, la mère offre l'affection et surveille de près l'éducation des enfants. Ceux-ci doivent obéissance à leurs parents tandis que la mère est le garant de l'amour, source de leur développement psychoaffectif.

2.3.1. Le rôle de la mère dans l'éducation de l'enfant

La mère a un rôle de base dans le ménage. Elle est destinée à être mère et doit être aussi une éducatrice. Au Burundi, particulièrement dans les milieux ruraux, c'est la mère qui passe beaucoup de temps avec les enfants et ceux-ci expérimentent au jour le jour la chaleur de son amour. Pour BOWLBY (1978, p.111*), « les jeunes enfants doivent être élevés dans une ambiance chaleureuse et être unis à leur mère ou à la personne qui la remplace par un lien affectif d'intime constant, source pour tous les deux de satisfaction. »*

La mère est donc la première personne à laquelle l'enfant a affaire; c'est elle qui crée l'ambiance familiale et représente l'élément essentiel pour le développement psychologique de l'enfant. Il s'agit notamment du développement du langage, du développement affectif, du développement moteur, intellectuel, etc.

DE GRANDMONT et NDAYISABA (1999, p.341) trouvent que *« la séparation d'un jeune enfant d'avec sa mère c'est-à-dire la cassure du lien affectif et intense qui les lie, est sans conteste l'un des événements traumatisants pour l'enfant. »*

La mère reste donc le support affectif de l'enfant et assure la sécurité nécessaire au développement psychoaffectif de celui-ci. C'est à la mère qu'appartient le rôle de créer un climat affectif permettant à l'enfant de se sentir en sécurité, de se développer normalement et de supporter les frustrations les plus dures et les plus traumatisantes.

Dès la naissance, l'enfant a besoin de grandir tout prêt de sa mère, sinon, l'absence de la mère et le manque du substitut adéquat peuvent conduire à ce que MUCCHIELLI (1976, p.72) a appelé *« le désertisme familial »*. Selon lui, *« le désertisme familial, résultat de la carence parentale (...), c'est la forme, à ce niveau de développement du syndrome d'hospitalisme de Spitz ou carence maternelle. »*

Dans une famille, le désertisme s'infiltre et s'installe dès que la qualité du lien affectif est en cause. Le désertisme familial s'installe lorsque le lien affectif entre l'enfant et ses deux parents est inexistant. La présence de la mère dans la famille est d'une importance capitale puisque c'est elle qui s'occupe des enfants afin de satisfaire leurs besoins nutritionnels, de faciliter et de protéger leur croissance.

La mère peut être atteinte d'une maladie qui l'expose à l'inefficacité dans son action éducative. La mère psychotique manifeste une indifférence affective envers son enfant et, de ce fait, ce dernier subit un handicap dans son développement psychoaffectif. La place de la mère dans l'éducation est donc irremplaçable surtout face aux enfants de bas âges. Mais l'action éducative de la mère ne se suffit pas à elle seule, elle doit agir en synergie avec celle du père des enfants afin de mener ceux-ci à un développement complet.

2.3.2. Le rôle du père dans l'éducation de l'enfant

Le rôle du père et celui de la mère dans le développement psychologique de l'enfant sont intimement liés. Le père est, pour l'enfant, le garant de la sécurité et le représentant de l'autorité. Le père joue un rôle important dans l'édification de la personnalité de l'enfant.



L'image du père n'apparaît que tardivement dans la vie de l'enfant. Après le sevrage, l'enfant a tendance à se retirer de sa mère et à s'attacher à son père. La relation dyadique cède ainsi la place à la relation triadique. WINNICOTT (1980, p.26) dit que *« le rôle du père est d'une importance vitale, tout d'abord parce qu'il soutient matériellement et moralement sa femme puis, peu à peu, parce qu'il établit des rapports directs avec le bébé. »*

Dans la famille, l'éducation des enfants nécessite la contribution de plusieurs personnes parmi lesquelles les parents prennent le devant. Dans cette immense entreprise, la mère a besoin l'apport de son mari. Elle a besoin de son soutien dans toute action éducative. Comme le même auteur le précise, *« le père est nécessaire pour donner à la mère un soutien moral, pour la soutenir dans son autorité, pour être l'incarnation de la loi et de l'ordre que la mère introduit dans la vie de l'enfant. »*

L'autorité appartient donc au père pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. C'est dans le foyer que le besoin de sécurité trouve sa satisfaction. L'autorité du père est le pivot de l'harmonie familiale. Sa présence au foyer est source de sécurité chez l'enfant et assure à l'enfant une protection contre les menaces extérieures.

En guise de conclusion, le milieu familial intègre et l'environnement de l'enfant constitue une base réelle et solide dans l'éducation. La présence de deux parents capables de répondre efficacement aux exigences de l'enfant permet celui-ci de se développer physiquement et psychologiquement. La cohabitation de l'enfant avec les deux parents lucides est une voie sûre d'éviter son handicap sur plusieurs plans.

Il nous revient d'explorer, à la suite, les facettes et les dimensions de la maladie mentale en passant en revue la typologie des maladies mentales, ainsi que la conception de la maladie mentale en Afrique et au Burundi.

CHAPITRE III : GENERALITES SUR LA MALADIE MENTALE

De par le monde, on retrouve des cas variés de troubles psychiques et chaque société détermine, à sa façon, les modèles de conduites caractérisant les gens « normaux » et ceux déterminant les « anormaux ». Les maladies mentales sont nombreuses et il convient de définir et montrer la conception de celles-ci en fonction de la culture. L'appellation de « *maladie mentale* » est une expression générale, ancienne, confuse et vague. Nous avons pris en considération des pathologies mentales les plus couramment rencontrées ayant des caractéristiques bien définies comme les névroses et les psychoses.

3.1. Les types de maladies mentales

3.1.1. Les troubles névrotiques

La névrose est une affection mentale entraînant le sujet dans une subjectivité fluctuante mais tout en continuant à jouir de ses capacités intellectuelle et morale et à vivre en accord avec le monde extérieur en adoptant une série de mécanismes de compensation. Pour BARUK (1973, p.41), *« ces troubles peuvent rester très légers, de telle façon que le malade en a conscience, s'en affecte et s'en plaint, mais sans* qu'ils *soient cependant assez marqués pour retentir notablement sur la présentation et le comportement social : c'est la névrose. »*

La névrose peut être définie comme une affection de la vie psychique du sujet qui n'altère guère sa personnalité. Il s'agit d'un état psychique d'inadaptation affective essentiellement liée aux conflits intrapsychiques infantiles et/ou actuels non résolus et à des traumatismes inconscients. SILLAMY (1977, p.64) explique que *« les névroses sont l'ensemble des troubles d'origine psychologique qui trouveraient leur source dans des conflits infantiles ou actuels mal résolus et qui se traduisent par des symptômes plus ou moins invalidants. »*

Les névroses sont donc le produit des conflits non résolus que l'individu a connu dans son enfance ou actuels qui se manifestent par des légers troubles qui ne causent pas des perturbations psychiques profondes. Par opposition aux troubles psychotiques, dans les troubles névrotiques, l'adaptation à la réalité est relativement conservée de même que le

sentiment d'identité. MONTREUIL, M et DORON, J. (2006, pp. 104-106) expliquent différentes catégories de troubles névrotiques dont les plus soulignés sont les suivants:

a.Syndromes anxiophobiques

L'anxiété est définie comme un sentiment de menace non fondé objectivement. L'angoisse est l'émotion psychique qui met en mouvement le psychisme, reflet de son ambiguité constitutive liée à la complexité de la mémoire objective. Le sujet atteint de l'anxiété présente de l'angoisse pouvant soit s'exprimer directement dans les symptômes, soit à l'arrière plan lorsqu' elle est masquée par les défenses.

b. Crise d'angoisse

Une crise d'angoisse se caractérise par une attaque d'un sentiment de malaise ou de menace intense: crainte d'une catastrophe, de mourir, de perdre le contrôle de soi... . Le sujet garde une conscience critique du caractère non fondé de sa crainte, mais cela ne le lui rassure pas, au contraire, il risque de subir des troubles de comportement ou des accidents organiques. Les crises d'angoisse surviennent à répétition, de façon imprévisible, sans facteur déclenchant net.

c. Anxiété généralisée

Dans l'anxiété généralisée, les sujets gardent un fond d'anxiété permanent pendant une longue période, si ce n'est toute leur vie. Le sujet a conscience de l'absence de danger objectif mais ne peut s'empêcher de ressentir un sentiment d'insécurité. Cet état s'accompagne de difficultés de concentration, d'irritabilité, d'hypervigilance, d'insomnie. Outre une tension musculaire constante, le sujet peut présenter des somatisations variées. Les compensations dépressives ou les conduites adductives secondaires sont fréquentes.

d. La phobie

La phobie se définit comme la crainte d'être en présence d'une situation extérieure déterminée, dénuée de dangerosité objective : l'angoisse est ici liée à un stimulus extérieur

précis. Le sujet phobique a conscience du caractère excessif de son appréhension, mais ne peut la surmonter. Une crise d'angoisse se déclenche en cas de confrontation à la situation redoutée, ce que le sujet anticipe; d'où l'adoption de conduites d'évitement s'étendant progressivement et pouvant devenir très envahissantes. Le recours à des objets catastrophiques permet souvent au sujet d'affronter la situation.

3.1.2. La psychose

La psychose est une affection mentale caractérisée par une altération de la personnalité de façon manifeste. Ce sont des pathologies qui se manifestent par des altérations plus ou moins durables de la personnalité et la victime n'est pas consciente de ses troubles. BARUK (1973, p.12) explique que *«dans le cas des psychoses, la personnalité elle-même est touchée de façon manifeste plus ou moins profondément. »*
La psychose est une pathologie se manifestant par un trouble de relation avec le monde, avec la réalité et avec l'équilibre de soi-même.

Une personne atteinte de la psychose souffre du syndrome de dépersonnalisation-déréalisation, où le moi se restructure autrement par rapport au monde environnant. Le sujet psychotique va élaborer sa réalité propre et il devient impossible aux autres de pénétrer cet univers et de communiquer avec celui-ci. Dans ce sens, le psychotique va construire sa propre réalité, autre que la réalité des autres, il va élaborer son propre lexique avec des signifiants nouveaux inconnus dans son environnement.
Pour SILLAMY (1977, p.64) *« les psychoses se caractérisent par des altérations plus ou moins profondes et durables de la personnalité avec apparition d'une activité délirante qui perturbe les rapports du sujet avec la réalité. »*
Les psychoses sont des troubles psychiatriques qui affectent et altèrent profondément le vécu du sujet sur le plan physique, psychique et social. Les hallucinations et les délires sont des symptômes principaux des psychoses, comme l'indique PELICIER (1970, p.50) en ces termes : *« La psychose est une maladie mentale majeure affectant la vie psychique de l'individu dans son intimité au niveau de la conscience de soi, de l'affectivité, du jugement et des évaluations du monde extérieur. Elle perturbe plus ou moins les relations du malade avec*

autrui : au maximum, le malade mental est l'aliéné, étranger au monde qui l'entoure. Quelle que soit l'intensité des troubles psychotiques, le sujet ne les perçoit pas comme des désordres pathologiques. Il peut en souffrir ou vivre dans l'euphorie. De toute façon, il est incapable de parvenir à une critique objective. »

De cette manière, une personne délirante est convaincue que ses idées sont toujours véridiques, elle persiste et reste rigide avec ses idées, ce qui entraine des comportements antisociaux et une perturbation du vécu social.

Quant aux hallucinations, celles-ci sont des perceptions qui surviennent en l'absence du stimulus extérieur réel, c'est-à-dire sans objet réel à percevoir. Les hallucinations peuvent être visuelles, auditives, gustatives, tactiles... voire des hallucinations psychiques (voix intérieure, voix dans sa tête, sons étranges venant des places inconnues, etc). Les psychoses les plus répandues sont les suivantes:

3.1.2.1. La schizophrénie

Le schizophrène est caractérisé par la dissociation psychique qui se manifeste par une ambivalence affective caractérisée par des attitudes affectives opposées tels des moments de rire suivis aussitôt d'une indifférence affective. Le schizophrène est aussi atteint par le syndrome de dépersonnalisation-déréalisation où le sujet est étranger à lui-même et à autrui. La schizophrénie est caractérisée par les symptômes comme la dissociation, la désorganisation et l'incohérence dans la pensée. Dans ce sens, BLEULER cité par MONTREUIL, M et DORON, J (2006, p.107) explique que la schizophrénie a deux syndromes fondamentaux : *« La dissociation, c'est-à- dire la perte de l'unité de base de la personnalité. L'autisme, c'est- à- dire le repli sur le monde intérieur (d'où la perte de contact vital avec la réalité extérieure et la rupture de la communication avec autrui). »*

Les schizophrénies sont donc considérées comme un groupe des troubles variés dont le point commun est la dynamique engendrée par la dissociation et l'autisme, les tentatives de réorganisation psychique se manifestant par des symptômes comme le délire, les hallucinations et les troubles du comportement.

3.1.2.2. La psychose maniaco-dépressive

La psychose maniaco-dépressive est une psychose périodique. Le malade a des états pathologiques alternatifs; il a tantôt un accès maniaque, tantôt un accès mélancolique ou dépressif. Ces deux accès sont classés dans la catégorie des troubles thymiques ou de l'humeur.

a. Accès dépressif

Selon le DSM IV, cet accès est caractérisé surtout par une humeur dysphorique ou perte d'intérêt pour presque toutes les activités usuelles. Le sujet dépressif a un sentiment prédominant de douleur morale, un ralentissement et une inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices. Le dépressif est souvent marqué par le sentiment d'impuissance, d'incapacité, d'angoisse, d'ennui ou de dégoût de vivre, le sentiment de dépersonnalisation et d'auto accusation. Le sujet devient asthénique, anorexique et inerte et a un sentiment de malheur irrémédiable qui n'a aucune autre issue que la mort. Ce sentiment est accompagné d'idées délirantes de dévalorisation et de culpabilité suivis de tentatives de suicide.

b. L'accès maniaque

Les symptômes les plus significatifs de l'accès maniaque sont entre autres, l'augmentation de l'activité (sociale, professionnelle ou sexuelle), l'hyperactivité motrice, le besoin pressant de continuer à parler, la fuite des idées ou expérience subjective, l'exagération de l'estime de soi (idée de grandeur souvent délirante), un investissement excessif dans les activités qui peuvent se révéler nuisibles à la vie (activités sans repos, achats inconsidérés, etc.). MONTREUIL et DORON (2006, p.115) mettent la lumière sur la symptomatologie du syndrome maniaque de cette manière : « *Un état maniaque typique débute par un bref prodrome (insomnie, irritabilité...) puis le tableau clinique complet apparaît : l'euphorie s'accompagne d'éléments évocateurs : optimisme débordant, sentiment d'omnipotence et d'absence de limites, exaltation, ludisme, surestimation de soi,*

mégalomanie. L'excitation psychomotrice est patente : présentation extravagantes, rires, hyperactivité, projets multiples avec risque de dépenses inconsidérées, distractibilité, fuites des idées, logorrhée, insomnie sans fatigue. »

L'accès maniaque est caractérisé par une humeur exaltée ou irritable et une surexcitation intellectuelle.

Après avoir exploré les dimensions de la maladie mentale, nous avons constaté que les maladies mentales se classent dans les deux grandes catégories à savoir les névroses et les psychoses. Ces deux catégories se différencient en fonction du degré de l'altération de la personnalité du sujet malade. Il s'avère ensuite nécessaire de passer en revue la manière dont la maladie mentale est conçue en Afrique et au Burundi.

3.2. La conception de la maladie mentale au Burundi

Au Burundi, la maladie mentale dans sa conception traditionnelle n'est pas une expression d'un conflit intrapsychique ou une altération de la structure du système nerveux. Elle est plutôt une expression d'une malédiction de la part des ancêtres, des dieux ou des génies à pouvoirs surnaturels. Elle est le résultat d'une vengeance de la sorcellerie, une force surnaturelle, un sort jeté ou l'étouffement par les esprits. C'est un phénomène extrinsèque dont le malade est victime et dont il faut le libérer. La plupart des Burundais ne croient pas en une origine naturelle de la maladie.

3.2.1. La maladie mentale est une maladie spéciale

Les Burundais conçoivent des maladies mentales comme étant des maladies de cause exogène à la victime. Les maladies simples sont soumises à un traitement biomédical et la résistance de la maladie révèle la complexité de la pathologie qui exige le recours au traitement spécialisé, ce qui amène les gens à faire des visites répétées et clandestines aux spécialistes de la maladie connus sous l'appelation de « *sorciers* ». D'après SUGURU (1995, p.36), « *les maladies qui résistent au traitement biomédical sont conçues comme des affections dues à l'agression sorcière, à l'attaque par des esprits de la nature, des ancêtres*

morts ou provenant de la folie elle-même. »

Les Burundais procèdent donc à une classification dichotomique des maladies. Il y a d'abord des maladies biomédicales dont la simple médication appropriée suffit pour guérir et le diagnostic se fait à la vue des symptômes. Ensuite, viennent des maladies spéciales qui nécessitent un diagnostic d'une personne spécialisée et leur traitement sera complété par une cure non médicamenteuse. C'est dans ce sens que la prise des médicaments va être accompagnée par des rituels ou des formules incantatoires.

Dans ce sens, BARANCIRA (1990, p.16) dit *que « les Burundais reconnaissent qu'il y a un certain nombre de maladies liées à des causes naturelles : parasites, traumatismes, morsures de serpent... . Ces problèmes sont généralement adressés à des guérisseurs non professionnels, qui les traitent par les plantes. Mais le caractère répétitif ou chronique des maladies et la succession de malheurs dans une même famille incite à rechercher une cause surnaturelle, une malveillance occulte. »*

Au Burundi, l'étiologie de la maladie mentale est plus attachée aux facteurs exogènes de la victime. L'attaque du malade n'est donc possible que parce que les ancêtres mais surtout les génies et les fétiches ont cessé de veiller sur l'individu qui a transgressé un interdit.

3.2.2. La place des génies

Les génies sont des formes d'esprits sauvages, des formes de survie de défunts sans sépulture, des âmes d'hommes qui ont péri de mort violente, ou des animaux fabuleux qui hantent des lieux connus des habitants. SUGURU (1995, p.35) remarque que dans le Burundi traditionnel *« la nature n'est pas un espace physique neutre, une simple entité matérielle objective. Elle constitue la demeure des esprits : les fantômes, les esprits des ancêtres défunts, les esprits aquatiques, forestiers, etc. »*

Dans ce cadre, le mot *« génie »* englobe l'ensemble des esprits maléfiques à l'être humain. Il s'agit notamment des démons et les monstres qui peuplent les marais, les ravins, les rochers, les lieux isolés mais aussi les buissons et les bananeraies. Ils s'attaquent à toute

personne passant à leur porté et ils seraient capables de lui causer toute sorte d'infirmité (cécité, paralysies, folie...)

3.2.3. L'attaque de l'esprit ancestral

Dans le Burundi traditionnel, la maladie est conçue comme étant le signe d'une divinité familiale qui cherche à communiquer quelque chose aux membres. Parmi les sortes d'esprits capables de provoquer la maladie, les malheurs et la mort, les Burundais mentionnent les *« imizimu »* appelés aussi les défunts, qui sont des restes après la disparition de l'être humain. NTAHOKAJA (1986, p36.) signale que *« les Burundais ont toujours cru que la mort d'un humain était sans fin, il reste quelque chose d'invisible, d'impalpable, d'absolu, ayant une puissance supérieure à celle des vivants dans le bien comme dans le mal ».*

L'esprit ancestral est donc un reste du vivant capable d'une activité plus grande et pouvant causer la maladie, les malheurs et la mort. ZUURE (1929, p.56.) indique, quant à lui, que « *«le muzimu », c'est quelque chose qui n'existait pas tel qu'elle est dans l'homme pendant sa vie terrestre, qui en a cependant gardé les goûts, les aversions, les préférences, les désirs, qui a une existence active qui ne commence qu'au bout d'un certain temps quand le corps est complètement décomposé, changé en serpent. On s'aperçoit seulement de l'existence de cette chose en apercevant un serpent dans les environs de la tombe ou en voyant des malheurs s'abattre sur la famille, c'est quelque chose sans corps, mais qui en a les besoins et les appétits. »*

Dans la culture burundaise, le père de famille avait l'habitude de désigner son successeur lorsqu'il sentait que sa vie touche à sa fin. Il exerçait son pouvoir et son autorité à l'enfant censé être capable de bien garder ses biens. A ce sujet, BARANCIRA, (1990, p.22) explique que *« lorsqu'un père de famille sent roder la mort, il réunit tous ses enfants, désigne son successeur à qui il remet son autorité. Devant toute la famille, il répète à son héritier ce discours solennel : Tu garderas consciencieusement mes biens. Si tu ne fais pas comme je veux, comme j'ai l'habitude de faire, si tu ne t'occupes pas bien de tes frères, si tu*

ne leur fais pas du bien, mon esprit t'apportera le malheur. Je t'attaquerai. Mon muzimu te poursuivra. Tu connaîtras l'adversité ». C'est ainsi qu'en cas de transgression de la loi ancestrale, la famille se trouvait écartelée entre les multiples malheurs et maladies. L'esprit défunt reste alors le gardien de la loi de l'ancêtre transmise à sa descendance.

Dans le Burundi traditonnel, la maladie mentale est conçue comme une maladie spéciale qui nécessite l'intervention du spécialiste. Elle est aussi considérée comme étant une expression d'une malédiction de la part des ancêtres, des dieux ou des génies à pouvoirs surnaturels. Elle est le résultat d'une vengeance de la sorcellerie, une force surnaturelle, un sort jeté ou l'étouffement par les esprits. Traditionnellement, la maladie mentale est considérée comme un phénomène extrinsèque de la victime.

3.3. La conception de la maladie mentale en Afrique Noire

Les Africains ont quelque chose de commun dans la représentation des troubles mentaux et leur thérapie traditionnelle; ils pensent souvent que chaque élément ou événement tel que la maladie ou la mort a une explication surnaturelle cachée. Ils ont beaucoup de ressemblances dans la représentation de la maladie en général et plus particulièrement de la maladie mentale.

3.3.1. L'agression de l'homme par la nature

En décrivant les systèmes de représentation de la maladie mentale, LAPLANTINE (1976, p.58) trouve, ainsi, que la maladie mentale y est conçue de deux façons en Afrique :*« soit comme une punition livrée à la famille, la tribu ou la société auxquelles appartient l'individu élu comme porteur du message de culpabilité pour ces groupes sociaux suite à une transgression d'un interdit, soit comme une attaque par des esprits ou acteurs malfaiteurs .»*

D'une part, l'événement pathologique est attribué à la transgression d'un des interdits familiaux ou tribaux. D'autre part, il est pris comme une attaque externe venant des esprits ou acteurs malfaiteurs nocifs tels que le sorcier ou les esprits provenant de la nature

sauvage qui est personnalisée (les forêts, les marais, les rivières, les rochers...) ou des ancêtres de ces familles et villages.

Nous remarquons donc que l'étiologie de la maladie n'est pas conçue, en Afrique, comme étant simple. La cause peut être physique telle que l'agression de l'homme par la nature ou par un autre homme. Il s'agit aussi des esprits aquatiques et forestiers ou du mauvais sort. LAPLANTINE (1976, p.41) explique que *« (...) les sociétés africaines sont en crise de profonde transformation. L'acculturation à laquelle elles sont soumises conduit à des conséquences sur l'image traditionnelle que l'on se fait du malade mentale et de la manière de le prendre en charge et de le soigner. L'acculturation, avec la scolarisation qui est en train de remettre radicalement en question les systèmes de valeurs traditionnelles des Africains ouvre progressivement une brèche qui risque de mettre à nu les contradictions de la société. »*

La scolarisation met donc en question la conception traditionnelle de la maladie mentale en Afrique. Il y a un changement sur l'image traditionnelle que l'on se fait du malade mental et de la manière de la prendre en charge et de le soigner.

3.3.2. L'action maléfique de la sorcellerie

Le sorcier est donc un individu qui exerce un maléfice pouvant provoquer la maladie, la mort, la stérilité, l'échec social,etc. Les troubles psychiques peuvent se présenter comme le signe d'une force maléfique qui frappe un groupe social par l'intermédiaire d'un de ses membres qui tombe sous le coup de la maladie. La nature intervient dans la protection de la vie humaine à travers les génies et les ancêtres. Dans ses recherches ethnopsychiatriques, DEVEREUX (1977, p.293) a constaté le même phénomène. Il dit qu' *« un malade qui ressent un malaise ou une douleur quelconque peut affirmer : « Je ne souffre pas d'une maladie psychique ordinaire : J'ai été ensorcelé, je suis hanté par des spectres, j'ai perdu mon âme ou une partie de mon âme. »*

Par contre, les relations malsaines entre l'être humain et ces forces protectrices pousse la cellule familiale à être exposée à toutes formes de fléaux. LAPLANTINE (1976, p.46) signale,

à ce sujet, que « *la maladie, de même que la malchance et plus généralement le malheur n'est jamais considérée en Afrique comme un phénomène isolable qui viendrait s'abattre sur un individu particulier(...).Elle est rapportée soit à une violation d'interdits dont les ancêtres et les génies sont les garants, soit à l'action réputée maléfique d'un individu qui, pour ainsi dire se marginalise et auquel on attribue le statut de sorcier.* »

Le sorcier est toujours quelque part, ruminant la jalousie, la haine, guettant la famille heureuse vivant en harmonie pour perturber sa tranquillité. Souvent, il reste inconnu ou supposé, c'est pour cela que chacun doit rester sur ses gardes de peur de tomber dans une embuscade quelconque. La maladie mentale est conçue, en Afrique comme étant le fruit de l'attaque des esprits maléfiques et des esprits ancestraux ou du mauvais sort lancé par le sorcier. La cause de la maladie mentale est considérée donc comme le fruit de la transgression des interdits familiaux ou tribaux.

Après avoir exploré les dimensions de la maladie mentale, nous avons constaté que les maladies mentales sont de deux types essentiels dont les névroses et les psychoses. Quant à la conçeption de la maladie mentale au Burundi et en Afrique, de diverses conceptions culturelles se rencontrent sur quelques facettes. La maladie mentale s'est révélée comme étant un phénomène multidimensionnel et complexe dans sa compréhension d'autant plus qu'il n'est pas facile de déterminer une ligne de démarcation entre le « *normal* » et le « *pathologique* ». Enfin, il importe, dès lors, d'indiquer la problématique du phénomène à l'étude et les aspects méthodologiques qui nous ont permis de réaliser les objectifs de recherche à travers la jonction entre les dimensions théoriques et le travail de terrain.

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Dans toute étude, le chercheur doit donner à son travail une orientation et des objectifs précis. Toute recherche qui se veut scientifique devrait apporter des solutions à ce qui préoccupe l'esprit du chercheur. Dans le souci d'atteindre ses ambitions, il doit définir et clarifier la position du problème à l'étude pour pouvoir y apporter des solutions adéquates. La problématique et les objectifs de cette dernière orientent la démarche méthodologique entreprise et l'objet du présent chapitre comporte également le descriptif du travail de terrain. Le chercheur doit disposer d'un support méthodologique bien défini lui permettant de faire une investigation approfondie. Il est donc important de préciser la méthode, et les techniques de recherche qui nous ont permis de mener notre étude.

4.1. Problématique

Dès la naissance, l'enfant a besoin de grandir dans un foyer harmonieux et bien équilibré. Les parents sont les premiers agents de l'éducation et du développement psychoaffectif de l'enfant. Ils lui assurent la sécurité affective, condition première de l'épanouissement de celui-ci. La qualité affective de l'environnement familial est donc la condition déterminante du développement psychoaffectif de l'enfant. La carence de l'affection entraverait son développement et compromettrait son équilibre ultérieur. La famille est le premier milieu éducatif où l'enfant bénéficie d'un environnement affectif lui permettant de se développer normalement. Les messages de tendresse de l'entourage donnent à l'enfant son espace. Celui-ci pourra se différencier d'autrui dans la mesure où il a un lieu où se développer dans la confiance et la continuité. Il pourra s'identifier aux modèles familiaux si les transactions parents-enfants sont empreintes d'acceptation. Chacun des parents occupe une place spécifique et de choix dans l'éducation des enfants et dans la bonne marche de la vie familiale.

A la naissance et dans la période de l'enfance, l'enfant établit des relations directes avec sa mère. La mère stimule son enfant sur plusieurs niveaux de développement grâce à sa

proximité et les contacts établis.

GOUIN DECARIE (1978, p.184) montre que « *si l'absence de la mère provoque un retard général chez des enfants d'institution, c'est parce que durant la première année de la vie surtout, la mère non seulement est l'objet affectif au premier degré, mais aussi l'objet cognitif par excellence.* »

Le milieu familial est un élément essentiel déterminant du développement intellectuel de l'enfant. Plus le milieu est stimulant, plus l'enfant augmente des chances de développer son intelligence. Le milieu familial influence donc le développement intellectuel de l'enfant. LAUTREY (1989, p.16.), met l'accent sur le rôle des formes d'organisation du milieu familial de cette manière : « *Les règles de comportement, habitudes et les valeurs s'articulent pour former un véritable système éducatif familial dont les effets sur le développement intellectuel de l'enfant sont étudiés.* »

Lorsqu'on se place du point de vue des effets sur le développement cognitif, l'organisation des stimulations est à prendre en considération. Ce qui nécessitent que les parents veillent sur l'organisation de la cellule familiale car l'action du milieu a une importance sur le niveau d'intelligence de l'enfant.

Le développement de l'enfant et son épanouissement sur le plan affectif sont favorisés si la mère est en mesure d'entretenir avec lui des relations affective et sécurisante. Les parents sont des détenteurs de l'outil valable dans le développement psychoaffectif de l'enfant. Si la sécurité affective, condition première de l'épanouissement de l'enfant n'est pas convenablement assurée, l'équilibre affectif ultérieur est rompu. La survie de l'enfant dans le milieu familial est d'une importance déterminante. C'est un lieu où l'enfant subie ses premières expériences. La plupart de ces expériences porte une coloration affective conférant un caractère vital et essentiel pour l'individu. La mère est donc la première personne à laquelle l'enfant s'attache dans sa vie de relation; elle contribue à la réalisation progressive de la personnalité de l'enfant. Comme POROT (1979, p.69) l'explique, « *le rôle primordial de la mère est d'aimer (...). La mère occupe pratiquement tout le champ de l'affectivité infantile et c'est indirectement à travers elle que le père peut faire sentir son action sur l'enfant.* »

C'est autour de l'amour maternel que s'organisent et s'établissent toutes les relations de l'enfant avec les autres membres de la famille et de son entourage. Le développement affectif de l'enfant dépend de la satisfaction des besoins du domaine affectif. Ces besoins s'inscrivent dans le besoin d'affiliation qui renvoie à la dimension de continuité transgénérationnelle, d'histoire familiale et sociale. Il est impossible de grandir et de se développer sans être attaché, accepté ou investi par son milieu. Les notions d'attachement, d'acceptation, et d'investissement constituent les trois pôles essentiels de ce domaine. En effet, POROT (1979, p.69), explique que *« le rôle primordial de la mère est d'aimer. C'est elle qui, la première, est chargée d'apporter cet amour qui représente un des trois piliers de la sécurité nécessaires au bon développement affectif de l'enfant. C'est autour de cet amour maternel que vont s'ordonner ses relations avec sa mère d'abord, avec les autres éléments de la famille ensuite. La mère doit avoir aussi une autorité qui n'est pas incompatible avec l'amour ».*

La mère joue donc la fonction protectrice de l'enfant et répond aux sollicitations de ce dernier; elle doit stimuler son enfant dans son développement et répondre aux besoins quotidiens de ce dernier. Elle joue un rôle important dans l'éducation de l'enfant du fait qu'elle établit un climat affectif qui lui permet de se sentir en sécurité, de se développer normalement et de supporter même les frustrations les plus diverses.

Toutefois, la mère ou toute autre personne peut être atteinte d'une maladie qui l'empêche de répondre aux exigences de la société dans laquelle elle vit. C'est notamment le cas de la psychose qui fait que la victime est atteinte d'altérations de la personnalité plus ou moins profondes et durables, avec apparition d'une activité délirante qui perturbe les rapports du sujet avec la réalité sociale. Lorsque la mère est psychotique, elle manque à ses devoirs et l'équilibre familial court le risque d'être rompu. Son mari se trouve écartelé entre ses tâches et celles de son épouse, et il éprouve des difficultés dans l'exécution de toutes ces activités au sein du foyer. Ainsi, à part que la mère psychotique se retrouve dans l'incapacité de s'occuper de ses enfants, elle mérite, elle aussi, des soins et de soutien d'autrui. Elle vit les conditions défavorables susceptibles de se répercuter sur la vie des enfants. D'après l'UNICEF,(1992,p.103), « l*a survie et le bien- être des enfants sont directement déterminés*

par les conditions de la vie de la mère, par la qualité des soins qu'elle peut leur accorder, par le temps qu'elle peut leur consacrer et par sa propre conception de la maternité. »
Lorsque les difficultés se présentent dans les processus de différenciation et d'identification, l'enfant aura de la peine à s'inscrire dans l'histoire familiale et ensuite dans l'histoire sociale. Ce qui est source de l'inadaptation se matérialisant à travers des comportements anormaux comme le vol, la fugue, la pauvreté de lien d'amour, etc.

Une famille de la personne psychotique éprouve donc un sentiment douloureux de voir la victime inapte à prendre conscience de la réalité quotidienne de la vie. Celle- ci perd toute conscience de la responsabilité et vit de façon disharmonique, en adressant même des comportements agressifs envers ses enfants, ce qui handicape ceux-ci dans leur évolution. Dans ce sens, BOWLBY (1979, p.111) l'explique de cette manière : « *Une mère agressive, passive, rejetante, anxieuse, (...), influencera négativement l'affectivité et la personnalité de l'enfant dans son développement et dans son évolution. »*
Cet état de choses attire de nombreux problèmes aux membres du foyer hébergeant la mère psychotique. Celle ci ne parvient pas à établir de bonnes relations avec son mari et ses enfants. Selon le degré de sa pathologie, elle peut même agresser ses enfants au lieu de pourvoir à leurs besoins. La perturbation de son équilibre psychique la pousse à vivre en conflits avec les membres de sa famille voire même avec son entourage. Les perturbations de cette femme psychotique l'empêchent de remplir ses fonctions et les conséquences débordent sur le vécu de l'entourage direct et lointain de la victime.

La maladie mentale ne reste pas un problème individuel, mais touche aussi dans des cadres étroits et vastes de son entourage. Dans ce sens, il reste à comprendre que l'instabilité émotionnelle de la femme psychotique débouche sur la perte du contrôle de soi et de chez soi, ce qui contraint les enfants et le mari à s'occuper des tâches destinées à la mère au sein du foyer. L'enfant qui n'a pas atteint la maturité affective se trouve alors exposé à des conflits, sources du développement pathologique de la personnalité.
A ce propos, POROT (1979, p.60) explique : « *L'enfant qui est névrosé aujourd'hui sera le parent névrosé de demain, c'est ainsi que les névroses se perpétuent de génération en*

génération, cercle vicieux de souffrances incalculables. »

Ceci pour dire que l'enfant élevé par un parent en état pathologique tend à s'identifier au modèle de la personnalité morbide. La carence affective subie par l'enfant peut compromettre par la suite ses relations avec autrui.

De manière générale, l'enfant a besoin, dès la naissance à l'état adulte de vivre dans le milieu familial équilibré affectivement et avec ses deux parents. Il a besoin de parents capables d'exercer leurs rôles et de pourvoir à ses besoins. En réalisant notre recherche, notre souci était celui d'étudier les difficultés psychosociales que rencontre l'enfant de mère psychotique. La question principale est de savoir les problèmes psychosociaux de l'enfant dont la mère est psychotique. A ce sujet, les questions particulières que nous nous sommes posé sont les suivantes :

- Comment l'enfant ayant une mère psychotique se sent-il dans son entourage?
- Quels sont les problèmes rencontrés par l'enfant dans la prise en charge de sa mère psychotique ?
- Quelles sont les modalités d'intervention en faveur d'enfant de mère psychotique ?

4.2. Objectifs de recherche

4.2.1. Objectif général

Dans notre travail, l'objectif général consistait à « étudier les difficultés psychosociales rencontrées par l'enfant dont la mère est psychotique. »

4.2.2. Objectifs spécifiques

En vue de rendre opérationnel l'objectif général, nous avons scindé cet objectif en objectifs spécifiques. Ceux-ci permettent dans le cadre de la recherche à analyser systématiquement le problème à l'étude.

Les objectifs spécifiques que nous avons sont les suivants :

- Identifier les sentiments éprouvés par l'enfant de mère psychotique.
- Découvrir les problèmes rencontrés par l'enfant dans la prise en charge de sa mère psychotique.
- Proposer les perspectives d'intervention en faveur de l'enfant de mère psychotique.

4.3. Méthode et technique de recherche

Dans la recherche, la tâche revient au chercheur de prendre des précautions concernant le choix de la méthode à utiliser. Cette méthode doit être liée à la nature de phénomène à l'étude. Dans la recherche en sciences humaines et sociales, il existe deux principales méthodes d'approche de phénomène à l'étude. Il s'agit de la méthode qualitative et celle quantitative.

4.3.1. La méthode qualitative

Il existe deux méthodes fondamentales principalement utilisées dans la recherche en sciences humaines et sociales. Il s'agit de la méthode quantitative et de la méthode qualitative. La méthode quantitative permet de recueillir les données statistiquement quantifiables. Cela veut dire qu'elle cherche à mesurer et à classer une série de faits qu'elle soumet à la quantification selon leur fréquence d'apparition. La méthode qualitative quant à elle, consiste à enregistrer et à analyser de manière intensive les rapports verbaux liés aux phénomènes faisant objet de l'étude.

Dans la méthode qualitative, ce n'est pas la quantité des faits qui compte mais la qualité. POISSON (1990, p.p. 17-18) s'exprime à ce propos de la manière suivante : « *Une recherche qualitative, contrairement à une étude de type positiviste, laisse beaucoup de places à l'improvisation comme l'ajustement aux événements qui se produisent inopinément lors de l'investigation. Le devis de recherche n'est habituellement pas élaboré à partir d'une hypothèse qu'il faut confirmer ou infirmer en faisant appel à des stratégies et à des procédures établies.* »

Pour cette recherche, nous avons procédé par la méthode qualitative car, compte tenu de la nature du phénomène à l'étude, celle-ci laisse peu de place voire aucune aux dimensions statistiques. Elle se déclare exploratoire et n'a pas le but de vérifier les hypothèses. La méthode qualitative consiste à recueillir les données à travers les rapports verbaux destinés à être analysés afin de saisir la signification du phénomène à l'étude, tandis que l'approche quantitative procède par la quantification des données sous forme des statistiques.

Contrairement à la méthode quantitative dont le critère fondamental est la fréquence ainsi que la généralisation à partir des données qui apparaissent souvent, la recherche qualitative s'intéresse à l'étude des cas qui met l'accent sur la qualité de l'information et non la représentativité de l'échantillon. A ce sujet, PONGERE (1971, p.54) dit qu' « *(...) une enquête qualitative peut porter sur un nombre restreint d'individus. Elle accorde une importance moindre au problème de représentativité de l'échantillon, l'écarte parfois totalement.* »

Sachant que l'objectif est de comprendre le vécu de l'enfant ayant la mère psychotique, il nous a fallu d'entrer en contact avec les sujets, physiquement et verbalement.

4.3.2. Technique de recherche : Enquête par l'entretien semi-directif

Plusieurs techniques de recherche s'offrent aux chercheurs en sciences humaines et sociales. Il s'agit entre autres de l'entretien directif, l'entretien semi-directif, l'entretien clinique, observation directe ou observation participante. LEON (1977,p.46) explique à ce propos la manière de choisir les techniques de recherche : « *Le choix de techniques de collecte des données est étroitement liés ou solidaire à la nature du phénomène à étudier* »

Il appartient alors au chercheur de choisir les techniques de recherche lui permettant de bien appréhender les différents aspects de son étude de façon fiable. En ce qui nous concerne, la nature de notre étude nous a conduit à faire usage à l'entretien semi- directif comme technique de recherche.

Dans cette recherche, nous avons recueilli des informations concernant les problèmes d'ordre psychosocial que rencontrent les enfants dont la mère est psychotique. Pour obtenir ces informations, nous sommes entretenus avec les enfants concernés par le phénomène à l'étude. Nous avons jugé bon d'utiliser l'entretien semi-directif comme technique de recherche car son objectif cadre bien avec notre étude. Selon l'explication de MONTREUIL et DORON (2006, pp.170-171), *« l'objectif de l'entretien semi-directif est de recueillir du discours spontané ou semi-spontané mais orienté par les questions du psychologue. Il procède d'un guide d'entretien, c'est-à-dire que le psychologue a élaboré en amont les thématiques et/ou les questions qu'il souhaite poser. »*

Dans ce sens, l'enquête par l'entretien semi-directif permet au chercheur de recueillir des informations antérieures ainsi que les intentions du sujet. Cette technique permet au sujet de s'exprimer librement et la tâche revient au chercheur de le guider afin de ne pas aller en dehors de l'objectif de recherche. De plus, le chercheur doit être en mesure d'utiliser cette technique car, malgré les avantages, elle présente aussi des inconvénients.

A ce sujet, FESTINGER et KATZ (1977, p.395) disent que *« quand le sujet sent sa personnalité engagée dans les faits qu'il rapporte, il y a lieu de craindre que ses réponses n'aient pas de sincérité désirable, (...) il peut les dissimuler ou les déformer s'il croit que leur communication risque de menacer l'intégrité de son moi ou d'y apporter atteinte d'une manière ou d'une autre. »*

Lorsque le sujet manifeste un refus, le chercheur doit utiliser des compétences pour renouveler la mise en confiance du sujet en lui posant des questions non embarrassantes afin de le détourner de sa position. Ainsi, pour éviter que le sujet aille en dehors de l'objectif de la recherche, nous sommes servis d'un guide d'entretien.

4.4. Population d'enquête

Chaque recherche en sciences humaines et sociales doit porter sur une population donnée. Cette population doit avoir des caractéristiques qui cadrent avec les objectifs de recherche. Dans le présent travail, la recherche a porté sur des enfants dont la mère est psychotique. Nous avons considéré chaque enfant comme un cas unique car chacun d'eux a

sa façon d'éprouver les contraintes que la vie lui offre. Nous avons alors cherché les enfants concernés par le phénomène à l'étude et les objectifs de l'enquête.

MUCCHIELLI (1975, p.16) indique que « l*a population d'enquête ou l'univers d'enquête est l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête. C'est dans cet univers que sera découpé l'échantillon.* »

Dans ce cadre, nous avons procédé par le choix des cas d'enfants de 7 à 12 ans dont la mère est psychotique. Pour BANCHER et GOTMAN (1992, p.50), « *définir la population, c'est sélectionner des personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les auteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on pose.* »

Concernant notre travail, tenant compte de la nature du problème à étudier, notre population d'enquête correspond à l'ensemble des enfants en âge de 7 à 12 ans dont la mère est psychotique. A cet âge, l'enfant se contrôle mieux, il fait preuve de moins de malléabilité et d'une grande capacité d'absorption et son équilibre lui permet d'assimiler les expériences que son milieu de vie lui offre. Il s'agit donc des enfants ayant une mère qui souffre des perturbations psychiques qui n'est pas capable d'exercer son rôle d'éduquer ses enfants. La population de notre enquête est précisément constituée par des enfants répondant aux critères suivants :

L'enfant âgé de 7 à 12 ans dont la mère est psychotique et qui a été élevé dans sa famille, auprès de ses parents. Les sujets qui font objet de notre enquête doivent répondre à la condition d'être élevés chez eux, en cohabitation avec leurs mères psychotiques.

4.5. Travail de terrain

4.5.1. Préenquête

Avant de commencer l'enquête proprement dite, il est nécessaire de tester le guide d'entretien dans le but d'appréhender sa qualité et son intelligibilité. La préenquête a été faite dans le but de nous rassurer si l'instrument de recherche était efficace pour récolter les données fiables et nous assurer de la pertinence des objectifs de recherche. Il s'agissait d'un travail préliminaire à l'enquête elle-même afin de nous familiariser avec le terrain d'enquête.

Comme BOUDON (1980, p.33) l'indique, pour le chercheur, *« la préenquête consiste en une reconnaissance de terrain en essayant de se débarrasser des idées préconçues ou, comme le disait Bacon, de ses prénotions de manière à faire apparaître des facteurs ou des variables explicatives qu'il cherche. »*

Donc, la préenquête est une étape importante dans le sens qu'elle nous a permis de mettre à l'épreuve notre guide d'entretien afin de détecter les imperfections éventuelles pour que celles-ci soient levées. De plus, la réalisation de la préenquête nous a aidé à prendre contact avec les sujets concernés et de faire reconnaissance avec le terrain d'enquête. Pour mener la préenquête, nous avons consacré du temps à la prise de contact et pour solliciter la disponibilité des sujets de la préenquête.

Il importe de signaler la manière dont nous avons trouvé les sujets qui ont fait l'objet de notre préenquête. Nous avons adressé une lettre à la Direction du Centre Neuropsychiatrique de Kamenge pour demander la permission de consulter les dossiers des malades afin de repérer les femmes psychotiques ayant des enfants d'âge compris entre sept et douze ans. Le dossier de la malade donnait des indications sur l'identification de celle-ci, sa résidence du moment, le nombre de ses enfants et leur âge. A l'aide des dossiers consultés, nous avons obtenu douze mères dont les enfants répondent aux caractéristiques de la population d'enquête. Parmi ces enfants, nous avons rencontré deux au C.N.P.K, l'un venait prendre les médicaments de sa mère et l'autre venait rendre visite à sa mère qui était hospitalisée et nous les avons contactés. Ceux-ci nous ont donné rendez-vous et leur adresse que j'ai pris soin de vérifier dans le dossier de la malade.

Le premier cas, « KAR » est un garçon de 11 ans ayant une mère psychotique qui a subi une rechute après avoir été hospitalisée au C.N.P.K et qui était chez elle. Cet enfant est orphelin de père et il est l'aîné de la famille. « KAR » nous a fixé rendez-vous du 22 mai 2012. Nous nous sommes rendu chez eux et nous avons trouvé la malade avec ses enfants. L'entretien a débuté 16 heures et 15 minutes et a pris fin 16 heures et 43 minutes. Nous nous sommes présenté et l'entretien s'est passé dans un bon climat chez eux en Commune Cibitoke de la Mairie de Bujumbura. Signalons que la malade n'a pas perturbé l'entretien

grâce à son caractère non agressif dans sa maladie. « KAR » a répondu à toutes les questions sauf pour la quatrième où il s'est manifesté une incompréhension sur le mot « *kwitaho* » contenu dans la question libellée comme suit : *«Ni izihe ngorane ugira mu kwitaho mama wawe ? »*

C'est-à-dire : *« Quels problèmes rencontres-tu dans la prise en charge de ta mère. »*
Face à cette question, il a répliqué par cette question: « *Sinumva ico ushatse kumbaza uvuze kwitaho* maman. *Kwoba ari kumuguma hafi ? »*
Ce qui signifie : « *Je ne comprends pas ce que tu as voulu savoir quand tu dis «m'occuper de ma mère ». Est-ce qu'il s'agit de rester tout prêt d'elle ? »*
Pour faciliter la compréhension de cette question, nous l'avons reformulée comme suit : *« Ni izihe ngorane ugira mu gufasha mama wawe »*, C'est-à-dire : *« Quels problèmes rencontres-tu en aidant ta mère ? »*

Le deuxième cas, « ALI » est une fille cadette de 12 ans ayant les deux parents; la mère est psychotique et le père n'est pas disponible du fait qu'il est employé loin de chez eux. Sa mère était encore hospitalisée au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge. Nous avons rencontré ce sujet quand elle venait rendre visite à sa mère et elle nous a fournis son adresse. « ALI » nous a donné rendez-vous du 25 mai 2012. L'entretien avec ce sujet a eu lieu la date fixée, chez eux en commune Musaga, une des Communes de la Mairie de Bujumbura, de 9 heures à 9 heures et 32 minutes. « ALI » nous a dit qu'elle était la seule à la maison puisque son frère est élevé chez ses grand-parents. Cette fille a répondu aux questions après un temps parce qu'elle a commencé à avoir peur de l'appareil enregistreur. Nous avons pris le temps pour lui expliquer encore le motif de la recherche et l'utilité de l'usage de l'appareil et elle a fini par collaborer. Pour ce deuxième cas, nous avons constaté qu'aux quatrième et huitième questions, « ALI » a répondu de façon similaire. Quand nous lui avons adressé la cinqième question libellée comme suit : « *Ukugwara mu mutwe kwa mama wawe kugutera ingorane izihe ? ».* C'est-à-dire *: « Quels sont les problèmes que tu rencontres suite à l'état de maladie de ta mère ? »*, elle a répondu : *« Ingorane ni nyinshi kuko tugira ubukene, ntitworoherwa aradutera ibibazo kuko adatekanye aronona ibintu, ni*

vyinshi bingoye kubera n'ivyo yahora akora ni jewe ndabikora kandi ntabishobora. » Ce qui signifie : « *Les problèmes sont multiples car nous sommes pauvres, nous sommes en difficultés du fait qu'elle perturbe les choses. J'éprouve beaucoup de difficultés car je m'occupe de ce qu'elle faisait même si je suis incapable .* »

Quant à la huitième question libellée comme suit : « *Nyiganira ingorane ugira mu kubaho kwawe zivuye ku ngwara ya mama wawe.* »
Ce qui signifie *: « Parle-moi des problèmes de ta vie au quotidien suite à la maladie de ta mère »*; « ALI » a répondu comme suit : « *Ariko ico kibazo nari nacishuye aho nakubwira kw' ingorane mfise ari kudashobora gukora ivyo maman yahora akora ataragwara .Umbajije ivyo wambajije* » Ce qui signifie : « *Mais, j'ai déjà répondu à cette question lorsque je t'ai dis que les difficultés résident dans le fait que je suis incapable de faire ce que ma mère faisait avant sa maladie. Tu me demandes ce que tu m'as déjà demandé.* »
Nous avons donc constaté que ces deux questions, la quatrième et la huitième étaient similaires et nous avons procédé à la suppression de la cinqième question pour ne garder que la huitième.

La préenquête nous a donc amené à déceler les imperfections de notre instrument de recherche qu'est le guide d'entretien. Ce recueil d'informations préliminaires nous a permis donc d'ajuster notre guide d'entretien qui, avons-nous conclu, avait la qualité de nous conduire à réaliser nos objectifs de recherche.

4.5.2. Déroulement de l'enquête

Dans le but de choisir ses enquetés, le chercheur doit adopter une certaine technique. Nous avons procédé par la technique que nous avons utilisée dans la préenquête. Les dossiers des malades hospitalisés et ceux qui suivent en ambulatoire les soins psychiatriques ont rendu possible le choix de nos enquêtés. Le dossier de la malade contient la fiche d'hospitalisation sur laquelle sont consignés le nombre de jours d'hospitalisation, le traitement eu et les frais qui y sont alloués. Après la consultation des dossiers, nous avons trouvé douze femmes psychotiques ayant les enfants répondant aux caractéristiques de

notre étude. Nous avons ensuite réalisé notre enquête proprement dite sur dix sujets restant après la préenquête tout en restant collé à l'esprit et à la lettre de nos objectifs de recherche.

Ces sujets ont été trouvés dans les cinq communes (KAMENGE, KANYOSHA, NYAKABIGA, MUSAGA et CIBITOKE). L'enquête a duré quatre semaines dont la première était réservée à l'identification et à la visite des sujets d'enquête. Chaque fois, nous commencions par nous présenter nous-mêmes à nos enquêtés et à présenter l'objet de notre recherche. Nous donnions ensuite la justification de notre appareil enregistreur dont l'utilisation était liée au fait qu'aucune information ne devait nous échapper. Nous nous sommes par la suite entretenus avec les enfants contactés pour recueillir les informations.

Le premier sujet, « KWI », enquêté le 5 juin 2012, est un garçon de 12 ans, aîné dans une famille de cinq enfants. Nous avons rencontré cet enquêté chez eux . Il faisait la lessive. « KWI » nous a accueilli au salon au moment où sa mère était assise devant la maison voisine, ce qui nous a permis de mener l'entretien sans perturbations. Lors de notre entretien, nous avons découvert que le père de cet enquêté n'est pas disponible pour suivre la malade du fait qu'il doit couvrir, seul, les besoins de la famille. «KWI» a fourni des informations en rapport avec son sentiment d'insécurité, de frustration, les difficultés financières et a exprimé le besoin d'un soutien matériel.

Le deuxième sujet, « NIY », enquêté le 8 juin 2012, est un garçon, âgé de 10 ans et aîné de ses deux frères. Lorsque nous sommes arrivé chez eux, nous avons rencontré « NIY » en train de faire la cuisine au moment où ses frères étaient à l'école. Il nous a accueilli et après la présentation du but de notre visite, il a accepté de collaborer avec nous. Après une vingtaine de minutes, « NIY » s'est vite précipité à fermer la porte de la chambre pour éviter que la malade ne perturbe notre entretien car celle-ci se montrait agressive. « NIY » n'a pas de père et est chargé de s'occuper du fonctionnement de sa famille malgré son jeune âge. Il a donné des informations en rapport avec le sentiment d'indifférence affective liée aux relations tendues avec sa mère, les difficultés de prise en charge médicale de la malade, les problèmes liés à la prise en charge sociale de la mère suite à ses comportements agressifs

qui empêchent l'entourage de l'assister et souligne le rôle de l'entourage dans la prise en charge de sa mère psychotique.

Le troisième sujet, « KAN », enquêtée le 15 juin 2012, est une fille âgée de 11 ans. Elle est la cadette d'une famille de deux enfants et élève en 5ème année primaire. Son grand-frère a été élevé chez ses grand-parents. Au moment où nous avons visité « KAN », sa mère était assise devant la maison et celle-ci rentra dans la maison pour se cacher. Nous avons demandé à « KAN » de nous accorder un entretien et elle a accepté. Selon ses propos, son père est un militaire qui travaille à l'intérieur du pays. Sa mère qui a connu une crise psychotique en 2010, a été hospitalisée au CNPK du 10 au 30 avril jusqu'au 15 juin 2010 et s'est remise. Mais, depuis le mois de février de 2012, elle a commencé à manifester des symptômes similaires à ceux de la crise précédente. Avant sa maladie, la mère de « KAN » faisait le petit commerce et parvenait à satisfaire les besoins des membres de la famille. «KAN» a fait part de sa perception négative de l'avenir et rejoint « KWI » sur le sentiment d'insécurité induit par le comportement agressif de sa mère. Elle a aussi évoqué son indifférence affective liée à la rumination des pensées relatives à la situation de sa mère.

Le quatrième sujet, « BIZ », enquêté le 18 juin 2012, est un garçon de 11 ans. Il est cadet dans une famille de quatre enfants. Son grand-frère étudie à l'intérieur du pays. Son père est policier et travaille à l'intérieur du pays. Quand nous avons rencontré « BIZ », il nous a raconté sa vie avec joie en disant que lui et ses frères et sœurs sont soulagés du fait que leur mère a été conduite à l'hôpital. A notre arrivée, nous avons rencontré « BIZ » devant leur maison car nous avions un rendez-vous avec lui que nous avions fixé quand il était avec la malade au Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE. Au cours de l'entretien, « BIZ » a évoqué la sous-estimation de soi suite à des sujets de conversation évoqués par les autres enfants et souhaite la prise en charge psychosociale de la malade par sa famille.

Le cinquième sujet, « AIM », un garçon de 12 ans, aîné dans une famille de trois enfants, a été le sujet de notre enquête en date du 20 juin 2012. Nous sommes arrivé chez eux vers 10 heures et nous avons été accueilli par ces trois enfants tandis que leur mère les insultait devant nous. Pour mener l'entretien avec ce sujet, nous avons cherché, tout près de

leur maison, un endroit calme pour éviter les perturbations causées par la malade. C'est au cours de cet entretien que nous avons relevé que le père de cet enquêté ne contribue en rien dans la prise en charge de la malade. « AIM » a évoqué le sentiment d'insécurité en se référant au regard des autres, les problèmes liés à la prise en charge sociale de la mère suite aux comportements de fugue de celle-ci et la sous-estimation de soi en insistant sur l'importance de la mère dans sa vie.

Le sixième sujet, « MUH », un garçon de 12 ans, enquêté le 22 juin 2012, a raté le rendez-vous du 8 juin 2012 et a été retrouvé le 22 juin 2012. A notre arrivée, il nous a bien accueilli et il était avec ses deux parents, mais son père a aussitôt quitté l'endroit pour aller s'occuper de ses propres affaires. « MUH » a raconté sa vie et ses exigences étant donné que ses deux grandes-sœurs sont internes dans les établissements scolaires. « MUH » est le troisième enfant dans une famille de quatre enfants. Celui-ci était naturellement coopérant. « MUH » a insisté sur l'absence de couverture des besoins alimentaires suite à l'absence de la contribution financière de sa mère dans le foyer, les problèmes relationnels avec la mère à cause de son agressivité. Les difficultés financières causées par la suspension du métier de commerce qui avait été exercé par son père pour s'occuper de la malade ont été à l'origine des sentiments de frustration liés à ces mauvaises conditions matérielles.

Le septième sujet, « ANI », enquêtée le 25 juin 2012 est une fille de 12 ans. Elle est la troisième dans la famille de six enfants. Son père est mort en 2009. Ses deux premiers frères sont partis chercher l'emploi et « ANI » est obligée de s'occuper des affaires familiales étant donné que sa mère ne se préoccupe que de sa maladie. Arrivé chez eux, « ANI » nous a accueilli dans leur salon et a accepté de s'entretenir avec nous. Sa mère était assise en face de leur maison, ce qui nous a permis de bien mener l'entretien. Celle-ci a parlé de l'anxiété due aux pensées liées à la fugue de sa mère,l'indifférence affective et les problèmes liés à la prise en charge médicale de sa mère.

Le huitième sujet, « EME », enquêtée le même jour, est une fille de 9 ans. Son père est un commerçant et « EME » vit avec celui-ci car elle est encore à l'école primaire. Les deux grands-frères d' « EME » sont restés à l'intérieur du pays où ils vivaient avec leur mère avant

que celle-ci ne soit atteinte d'une maladie mentale. La mère d' « EME » a été hospitalisée du 25 mars au 12 mai de 2012 et a continué des traitements en ambulatoire étant avec son mari et « EME », son enfant. Le père d' « EME » exerce le commerce, mais, l'économie familiale a connu une régression constante de sorte qu'elle n'est plus en mesure d'assurer le fonctionnement de la famille. Il est apparu difficile au père d' « EME » de combler tous les besoins de la cellule familiale en raison de l'interruption de ses activités en vue de garder sa femme qui a toujours tendance à fuguer. Au cours de l'entretien, « EME » a apporté les éléments relatifs aux difficultés financières, à l'absence de couverture des besoins alimentaires suite à des perturbations des activités ménagères par la malade et à la sous-estimation de soi.

Le neuvième sujet, « TUY », enquêté le 26 juin 2012, est un garçon de 12 ans, aîné de trois enfants. Depuis que sa mère ait été hospitalisée, le père de cet enquêté a suspendu ses activités pour garder la malade au Centre Neuropsychiatrique de Kamenge. « TUY » a répété ce qui a été dit par « MUH » concernant l'absence de couverture des besoins alimentaires suite aux dépences liés aux soins médicaux de la malade. Il a répété les propos de « KWI » concernant le sentiment d'insécurité, de frustration, les difficultés financières et souhaite, lui aussi, le soutien matériel de la part de l'entourage.

Le dixième sujet, « KEZ », est une fille de 11 ans, enquêtée le même jour que « TUY ». Elle vit à KANYOSHA, une des communes de la Mairie de Bujumbura avec la malade et ses deux petits-frères. Son père était employé à l'intérieur du pays et vient occasionnellement leur rendre visite. La malade venait de sortir du C.N.P.K, il y avait trois jours et n'était pas totalement remise. En engageant l'entretien avec « KEZ », elle a raconté qu'elle éprouvait un sentiment d'insécurité à cause des comportements agressifs de sa mère induits par la maladie. « KEZ » a répété les aspects relevés par NIY concernant l'indifférence affective vis-à-vis de ses pairs, les difficultés dans la prise en charge médicale de sa mère. Elle a aussi repris les problèmes liés à la prise en charge sociale de la malade. Disons que « TUY » et « KEZ » ont répété les éléments déjà évoqués par les sujets précédents. Ils n'ont donc rien apporté de nouveau et nous avons jugé bon de ne pas considérer leurs données dans

l'interprétation. Cela étant, l'analyse des données et l'interprétation des résultats se sont limitées aux huit premiers sujets. Nous avons donc constaté que les informations à recueillir étaient saturées. D'après MUCCHIELLI, A (1991, p. 114), la saturation des informations « *(...) c'est le phénomène qui apparaît au bout d'un certain temps dans la recherche qualitative lorsque les données que l'on reccueille ne sont plus nouvelles. Tous les efforts de collecte d'informations nouvelles sont donc rendus inutiles. Ce que l'on récolte alors rentrant dans des cadres déjà connus, on peut arrêter la recherche.* »
Nous avons donc suivi les conseils contenus dans ce principe.

Enfin, signalons que tous nos enquêtés ont coopéré à notre objectif et ont répondu volontiers à toutes nos questions du guide d'entretien. Nous n'avons pas rencontré de difficultés qui pouvaient handicaper notre recherche sauf celles liées à la nature même du sujet de notre recherche quant aux légers contre-temps dont l'impact n'était pas notoire pour freiner notre travail. Les résultats retenus au cours de l'enquête doivent être criblés pour mieux comprendre ce qu'éprouvent les sujets d'enquête. C'est pour cela que la partie qui suit s'est attelée à la présentation des cas, l'analyse des données et l'interprétation des résultats de recherche.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

CHAPITRE V : PRESENTATION DES CAS

Ce chapitre a pour but de présenter les données, de les soumettre à l'analyse et à l'interprétation des résultats provenant de notre investigation. Au cours de l'enquête sur terrain, il s'agissait de recceuillir le maximum d'informations et de mener des réflexions susceptibles de nous fournir du matériel à une analyse systématique du contenu. Cette analyse a consisté à découvrir les liens à travers les récits de nos interviewés. En ce qui nous concerne, nous avons présenté huit cas qui ont fait l'objet de notre étude. Les conditions de vie de leur famille et leur histoire ont constitué les éléments essentiels dans notre étude.

5.1. Cas « KWI »

« KWI » est un garçon de 12 ans, aîné dans une famille de cinq enfants. Il vit dans la commune urbaine de KAMENGE et il a été contraint de concilier les activités familiales et l'école, ce qui lui cause la médiocrité dans ses études. Sa mère a développé des comportements agressifs comme jeter les cailloux aux passants et se déshabiller en public. « KWI » éprouve du mal à maitriser le comportement pathologique de sa mère surtout quand elle pose des actes qui provoquent chez lui un sentiment de honte comme le fait de se dénuder et d'adresser des injures aux voisins. Quant aux relations entre « KWI » et ses pairs, elles ne sont pas bonnes suite aux attitudes de rejet et d'isolement faites par ceux-ci à son égard. La conception traditionnelle de la maladie de sa mère comme étant le produit de l'attaque par les esprits mauvais a été la source du désespoir et d'angoisse chez « KWI ». Il se sent toujours devant un danger imminent et s'aprête à affronter l'attaque d'esprit similaire à celui qui a affecté sa mère. Il se sent dévalorisé devant les autres enfants de son âge. Ceux-ci échangent sur leurs parents au moment où « KWI » rumine ses problèmes résultant de la maladie de sa mère. Voici ses propos sur ce sujet : « *Umengo simbaho kubera iyo abandi bana bariko baraganira kuri ba* mamans *babo ngo babaguriye utundi tuntu, nanje nkibuka ko ico nsavye ntakironka, numva umubabaro.* »

Ce qui veut dire : *« C'est comme si je n'existais pas car lorsque les autres enfants échangent sur leurs mères en parlant de ce qu'ils obtiennent de celles-ci, je pense au fait que je ne parviens pas à avoir ce dont j'ai besoin et cela me fait mal. »*

Cet enquêté se lamente donc des difficultés qu'il rencontre dans sa vie quotidienne. Il manque de ressources matérielles lui permettant de bien assurer le fonctionnement de la cellule familiale. En plus de ses difficultés financières, « KWI » a été rejeté par ses pairs du fait de sa mère psychotique.

En ce qui concerne la conception de son avenir, « KWI » est désespéré, étant donné qu'il n'est plus en mesure de suivre convenablement le maître en classe. A ce sujet, il nous explique ce qui suit : *« Kazoza kanje ndakabona nabi kuko nk'iyo ndi mw'ishure, umwigisha ariko arasigura, nguma niyumvira i muhira ingene bija kugenda. N'iyo baduhaye akabazo ndonka ubusa. Kazoza kanje ndakabona nabi cane. »*

Traduisons : *« Je perçois mon avenir négativement car, quand je suis en classe, quand la maîtresse est en train d'expliquer, je persiste dans les réflexions à propos de ce qui va se passer chez nous. Quand on nous donne un examen, je reçois un zéro. Je perçois mon avenir de façon très négative. »* Au lieu de suivre la leçon, « KWI » est envahi par des pensées en rapport avec ses conditions de vie dans sa famille. Il suggère que l'Etat et sa famille s'impliquent dans la prise en charge médicale de sa mère et la scolarisation des enfants de sa famille. « KWI » s'occupe des activités qui, jadis étaient réservées à sa mère quand celle-ci n'était pas tombée malade. Ce sont des activités comme la cuisine, la lessive et toute autre sorte d'exigences domestiques.Il souhaite de ce fait, quelqu'un pour le servir dans ces tâches. En voici le témoignage : *« Ibikorwa dufise ni vyinshi, sinoshobora kubifatanya n'ishure. Ndashaka ko abo mu muryango boturungikira uwudufasha. Raba na Papa aguma agenda kurondera ivyo turya, atagiye twogira ingorane. »*

Cela veut dire : *« Nous avons beaucoup d'activités, je ne peux pas les concilier avec l'école. Je souhaite que notre famille nous envoie celui qui peut nous aider. En fait, notre père va souvent chercher la nourriture; sinon nous risquons de recourir à des problèmes. »*

Cet enquêté éprouve des difficultés de s'occuper des tâches destinées à sa mère étant

donné que celui-ci est élève. Son père qui pourrait l'aider s'efforce à aller chercher le pain quotidien. « KWI » et ses frères ont donc besoin d'une personne pouvant les aider à la place de leur mère qui n'est plus capable suite à sa maladie.

5.2. CAS « NIY »

« NIY » est un garçon de 10 ans, enfant aîné, il a deux frères et vit avec deux autres enfants de la famille élargie adoptés par sa mère. « NIY » a été obligé d'abandonner l'école quand il était en 2ème primaire. Celui-ci nous a dit que ses parents avaient été de petits commerçants et que sa mère éprouvait des difficultés de combler tous les besoins de la famille. Quand nous avons cherché à avoir des informations sur la situation familiale de notre enquêté, voici ce qu'il nous a raconté : *« Twahora tubayeho nabi* maman *agikomeye, ubu ho ni bibi cane. Sinumva n'ingene nobikubwira. Raba na papa yodufashije ntawe dufise. Tutaronse abadufasha simbona ingene tuzobaho.* »

C'est-à-dire : *« Nous vivions déjà dans des conditions difficiles, ma mère étant bien portante. Aujourd'hui, c'est encore pire, je ne sais pas comment le dire. Nous n'avons même pas notre père pouvant nous aider. Je ne vois pas comment nous allons vivre s'il n'y a personne pour nous aider. »*

Les relations entretenues entre « NIY » et sa mère ne sont pas bonnes car celle-ci manifeste des comportements agressifs envers ses enfants et elle arrive même à lancer des cailloux sur toute personne qu'elle rencontre. A cause de cette situation familiale, « NIY » a abandonné l'école pour s'occuper des affaires familiales; il éprouve des difficultés à collaborer avec sa mère qui, au lieu d'échanger avec ses enfants, reste muette, selon les propos de « NIY ». Celui-ci nous explique ceci : *« Ah'ubwo ntaco nokubwira turagowe. Aha rero hari n'igihe tumubwira ikintu ntacumve agaca aguma yinumiye. Aho ni igihe ataduteye amabuye canke ngo atwugaranire mu cumba. Ah'ubwo turi mu ngorane nyinshi ntiworaba. »*

Ceci signifie : *« Je n'ai rien à vous dire, nous sommes malheureux. Il arrive même des cas où elle reste silencieuse quand nous lui racontons quelque chose. En fait, quand elle ne nous lance pas des cailloux, elle nous enferme dans la chambre. Vraiment, nous avons des*

problèmes multiples, vous ne pouvez pas en avoir l'idée. »

En plus des difficultés qu'il éprouve dans la satisfaction de ses besoins quotidiens, « NIY » est obligé de gérer les comportements antisociaux de sa mère. Celle-ci a été hospitalisée au Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE du 15 juillet au 18 octobre de 2009 et a connu une rechute en décembre de 2011. Quant aux raisons de la non hospitalisation de la malade, « NIY » nous a révélé que, lui et ses frères, sont délaissés par la famille élargie alors qu'ils sont orphelins de père.

En ce qui concerne les modalités d'aide, « NIY » souhaite voir les membres de sa famille et ses voisins s'occuper de la malade. A ce sujet, « NIY » dit ce qui suit : *« Ico nosaba ni uko ababanyi bacu n'abo mu muryango bodufasha kumukurikirana. Biratugora kumucunga twenyene, hari n'aho atoroka akarengana ababanyi bamubona ntibamugarure. »*

Ce qui signifie : *« Ce que je demande est que nos voisins et notre famille nous aident à la garder. Il nous est difficile de la surveiller nous-mêmes, il arrive même qu'elle s'évade en passant devant nos voisins, mais ceux-ci ne la retiennent pas. »*

« NIY » et ses frères éprouvent des difficultés à maîtriser les réactions de la malade et se lamentent des attitudes de l'entourage face à la situation de leur mère. Plutôt que de prendre en charge leur mère psychotique, « NIY » et ses frères méritent eux-mêmes l'intervention de la communauté dans le but de les préserver des conséquences qui peuvent survenir suite au fait de leurs besoins inassouvis.

5. 3. Cas « KAN »

« KAN » est une fille âgée de 11 ans. Elle est cadette de la famille et élève en 5ème année primaire. Son grand-frère est élevé chez ses grands-parents. Sa mère qui a connu une crise psychotique en 2010, a été hospitalisée au C.N.P.K et s'est remise. Mais, depuis le février de 2012, elle a commencé à manifester des symptômes similaires à ceux de ses moments de crise. Avant sa maladie, la mère de « KAN » exerçait la fonction de petit commerce et parvenait à satisfaire les besoins des membres de la famille.

Lors de notre entretien avec « KAN », nous avons décelé des comportements de la malade pouvant handicaper le vécu de celle-ci. Dans ce sens, « KAN » a raconté ceci : « *Inyifato* maman *agira zituma numva umubabaro, ni uko iyo ari mw'ibarabara agatamba, abagenzi banje bakabibona, nca ngira inyifato mbi, kuko bamubonye asara canke baguma bavuga ko ari umusazi, bica bindya mu mutwe.* »

Ce qui se traduit ainsi : « *Ce qui me fait mal à travers les comportements développés par ma mère, c'est que, quand elle* danse *dans la rue, mes amis l'observent et ceci me rend mal à l'aise car ils se demandent si elle est malade mentale, cela me tourmente.* »

Notons que « KAN » éprouve une angoisse causée par la situation critique de la maladie de sa mère. Elle éprouve de la honte devant ses pairs et préfère rester seule. Ainsi, « KAN » est obligée, malgré son jeune âge, de s'occuper des affaires de sa mère. Elle est donc écartelée entre les activités du ménage et la gestion des comportements de sa mère. En plus des difficultés qu'elle rencontre à la maison, « KAN » est l'objet de la discrimination de la part de ses camarades de classe en la considérant comme étant malade mentale comme sa mère. Ceci se remarque à travers ses propos quand elle dit ceci : « *Iyo ndi kumwe n'abagenzi banje nkagira nk'agakosa gatoyi, nk'umupira ndawukinye nabi, baca batangura kuvuga ngo mureke murundi si we asara nka nyina wiwe; urumva ni ingorane kuko bica bimerera nabi mu mutwe.* »

Ce qui signifie : « *Quand je suis avec mes amies et que je commette une petite faute, surtout quand je joue mal au ballon, ceux-ci commencent à dire «laissez-la, ce n'est pas sa faute, elle est folle comme sa mère. C'est un problème car cela me trouble.* »

Nous avons donc constaté que « KAN » est victime des perturbations qui se sont fait remarquer chez eux suite à la souffrance de sa mère. Elle a ensuite manqué de place auprès de ses pairs, ce qui fait que celle-ci se sent déstabilisée et dévalorisée. Elle est dans ce sens, dans une situation d'insécurité et souhaite l'intervention de la part de son entourage. Elle s'exprime de cette manière : « *Hamwe tworonka abadufasha mu kuvuza* maman *tworonka amahoro. Ubundi dufise ingorane nyinshi no kuryama ntituryama kuko aca atuvyura. Ico*

nsaba ni uko ababanyi n'umuryango wacu batobiraba nk'abatabibona, badufashe kuko turi mu ngorane. »

Ce qui veut dire : *« Si on pouvait trouver des gens qui nous aident à faire soigner notre mère, nous aurions la paix. Sinon, nous avons beaucoup de problèmes, nous ne dormons même pas car elle nous réveille. Ce que je souhaite, c'est que nos voisins et notre famille ne soient pas indifférents et qu'ils nous aident car nous sommes en difficultés. »*

Cet enquêtée vit l'insécurité suite aux conduites pathologiques de sa mère et au manque de moyens pour l'hospitalisation de la malade. Elle souhaite alors que son entourage s'occupe de ses problèmes en lui accordant l'attention au lieu de l'indifférence face à ses difficultés.

5. 4. Cas « BIZ »

« BIZ » est un garçon de 11 ans. Il est cadet dans une famille de quatre enfants. Son grand frère étudie à l'intérieur du pays. Son père est militaire et travaille aussi à l'intérieur du pays. Quand nous avons rencontré « BIZ », il nous a raconté sa vie avec joie en disant que, lui et ses frères et sœurs, ils sont soulagés du fait que sa mère a été conduite à l'hôpital. Il s'exprime de cette manière : *« Sinokubesha turanezerewe no kubona* maman *baragiye kumuvuza, twari turushe turavye ukuntu yadukubita tutakosheje. »*

C'est-à-dire : *« Je ne peux pas te mentir, nous sommes heureux de voir notre mère hospitalisée, nous étions fatigués de voir comment elle nous battait sans que nous n'ayons commis de fautes. »*

D'après ce que « BIZ » a dit, on comprend que leur mère était agressive. Son départ à l'hôpital a soulagé ses enfants qui étaient toujours sous son oppression. La situation financière de la famille de « BIZ » n'était pas bonne du fait qu'ils manquaient de quoi apporter à leur mère à l'hôpital.

Quant aux relations entretenues entre « BIZ » et ses voisins, celles-ci n'étaient pas bonnes car il a dit que ses pairs ont toujours tendance à parler de la maladie de sa mère. Ceci constitue la barrière aux relations saines et affectueuses entre lui et ses voisins comme ses propos le montrent de cette manière *: « Ingwara ya* maman *yaratumye abandi bana*

bamfata nabi kuko baguma banturubika ntibashake ko ndabegera. Nahisemwo kwigumana kuko amajambo yabo arambabaza. »

Cela signifie *: « La maladie de ma mère a fait que les autres enfants me traitent mal car ils me persécutent et n'aiment pas que je les approche. J'ai préféré rester seul car leurs paroles me troublent. »*

Cet enquêté a perdu son estime de soi du fait que ses pairs lui adressent des propos dégradants. Il préfère la vie solitaire plutôt que de cohabiter avec ceux-ci. « BIZ » vit dans une situation conflictuelle en étant écartelé entre les activités destinées à ses parents et les siennes. Voici ce que dit « BIZ », par exemple : *« Mu bisanzwe mfise ingorane nyinshi. Ndabura ico nkora n'ico ndeka kuko ivyo* maman *yokoze ni jewe ndabikora; ndasaba abagiraneza kudufasha bongere batuvurize* maman *kuko twebwe ntitubishoboye twenyene. »*

Traduisons : *« En fait j'ai beaucoup de problèmes. Je ne sais pas où j'en suis car c'est moi qui fais ce qui devrait être fait par ma mère; je demande aux bienfaiteurs de nous aider en hospitalisant notre mère car nous n'en sommes pas capables, étant seuls. »*

Cet enquêté serait incapable de répondre à ses exigences quotidiennes générées par la maladie de sa mère et fait recours à la quête de l'aide de ses voisins surtout pour l'hospitalisation de la malade. Il est, de ce fait, dans un besoin de soutien social afin de pouvoir surmonter ses difficultés.

5. 5. Cas « AIM »

« AIM » est un garçon de 12 ans. Cet enquêté se lamente en disant que la psychose de sa mère a été le résultat des maltraitances qui lui ont été infligées par son père. Voici ce qu'« AIM » nous raconte à ce sujet : *«Jewe naragowe kubona* maman *yaragwaye mu mutwe kubera kuborerwa kwa Papa. Iminsi yose yama amukubita atashe, eka maze natwe arajaniranya : Ehe none raba* maman *yaragwaye ntitugira n'amahera yo kumuvuza kuko Papa ayatwara mu nzoga gusa, ubukene bwo muhira ntaco bumubwira. »*

Ce qui se traduit : *« je suis malheureux à voir que ma mère est malade à cause de l'ivrognerie de mon père. Tous les jours, il la bat quand il rentre. Nous sommes d'ailleurs tous battus. Voilà alors, ma mère est devenue malade mentale; nous n'avons pas d'argent pour son hospitalisation car mon père se consacre seulement à l'alcool, il est indifférent vis- à-vis de notre misère.»*

Le père de cet enquêté manifeste des comportements d'irrésponsabilité mêlés d'agressivité envers les membres de sa famille et l'équilibre familial est rompu. Il s'en suit qu' « AIM » est soumis aux contraintes que la vie familiale lui offre, ce qui induit des perturbations dans sa vie quotidienne.

En ce qui concerne la gestion des comportements de la malade, « AIM » est en relations malsaines avec celle-ci. Ceci se remarque en considérant les propos de celui-ci quand il dit ce qui suit : *« Hari n'aho ahora akunda kuntuka, ankubita, akanturubika kandi ata n'ikosa nigeze nkora, ugasanga ivyo vyose biri mu ngorane ngira mu kubaho kwanje. »*

Ce qui veut dire : *« Il arrive des fois où elle m'injurie, me bat, elle me traumatise même quand je n'ai commis aucune faute. Tout cela fait partie des problèmes que je rencontre dans ma vie. »*

Il est à remarquer qu' « AIM » subit des perturbations suite aux réactions de sa mère et ses exigences quotidiennes. Le père qui devait normalement supporter la famille a fui celle-ci et « AIM » a été victime du dysfonctionnement de sa cellule familiale. Cet enquêté suggère, de ce fait, que son père les soutient et les aide à affronter les difficultés liées à la maladie de sa mère.

Voici ce que dit « AIM » : *« Ico nshaka ni uko Papa yosubira akaza kuturaba uko tumerewe akadufasha. Kuva abonye* maman *agwaye yaciye agenda nk'uwuduhunga adusiga mu ngorane. Ahubwo nta n'ikigongwe afise kubona yaradutaye. »*

Traduisons : *« Ce que je souhaite, c'est que mon père revienne nous voir et nous aider. Depuis qu'il a vu que ma mère tombe malade, il nous a quittés et nous a laissés dans des problèmes. D'ailleurs, il n'a pas de pitié pour nous du fait qu'il nous a délaissés. »*

« AIM » a été obligé de prendre en charge sa mère et ses frères et sœurs puisqu'il est l'aîné de la famille. Le père d' « AIM » ne contribue en rien du fait de son irresponsabilité et les enfants sont obligés de suivre et de s'occuper du fonctionnement de leur famille malgré leur jeune âge. Ce cas nous a poussé à constater que le déséquilibre familial a été le produit des comportements indignes du père qui ont causé la psychose chez son épouse. A la suite de la maladie de la mère d' « AIM », son père a quitté le foyer et les tâches domestiques sont revenues à cet enfant.

5.6. Cas « MUH »

Ce cas concerne un garçon nommé « MUH » âgé de 12 ans. Il est le troisième enfant dans la famille de quatre enfants. Ses grandes sœurs étudient dans les écoles à internat et son père a été obligé de suspendre l'emploi pour rester à la maison avec sa femme psychotique puisque les enfants étaient incapables de faire face aux comportements de la malade. En lui posant des questions en rapport avec sa vie quotidienne, « MUH » a révélé ses sentiments de regret causés par l'état pathologique de sa mère qui, avant sa maladie, était au service de ses enfants et qui, actuellement ne peut plus accomplir ses devoirs. Il a dit notamment ce qui suit : *« Ivyiyumviro ngira si vyiza, nguma nibuka ukuntu twahora tuganira, agateka, mugabo ubu ntavyo ashoboye, nkiyumvira kandi ukuntu azokira. »*

Cela signifie : *« Mes pensées ne sont pas bonnes. Je me souviens comment nous échangions autrefois, elle faisait la cuisine, mais elle n'en est plus capable. Je m'imagine alors comment elle va guérir. »*

La mère de « MUH » a été hospitalisée au Centre Neuropsychiatrique de KAMENGE en février- mars 2011 et, après 3 mois de la sortie de l'hôpital, elle a connu une rechute. Suite au manque des frais d'hospitalisation, la famille s'est contentée de garder la malade à la maison. Sa mère est agressive à tel point qu'elle empêche même ses voisins de venir chez eux. Elle n'aime pas coopérer avec ses enfants du fait qu'elle les accuse d'être la source de ses souffrances, raison pour laquelle ceux-ci éprouvent des difficultés à gérer ses comportements et le fonctionnement de leur famille. Le père des enfants est écartelé entre

les activités du foyer et l'entretien de sa femme. La vulnérabilité sanitaire de la mère de cet enquêté constitue un handicap au niveau de l'éducation de ses enfants.

Ceci s'observe quand « MUH » dit ceci : « *Kuva aho* maman *agwariye, Papa yaciye aguma amusanze ntiyasubiye no kudandaza kuko twebwe tutoshobora kumucunga.* »

C'est-à-dire, « *à la suite de la maladie de ma mère, mon père a été obligé de rester avec elle et il a laissé le commerce car nous, nous ne sommes pas en mesure de la garder.* » Cet enquêté se plaint de voir son père interrompre ses activités afin de s'occuper de son épouse dans sa maladie. Dans ce sens, nous pouvons dire que la pathologie de la mère de « MUH » qui l'a empêchée de répondre à ses exigences quotidiennes a été la source du déséquilibre familial qui perpétue les concernés dans l'insécurité et le désespoir en se projetant dans un avenir sombre. Il a de ce fait besoin d'un soutien de la part de l'Etat et de sa famille comme ses propos le confirment. Il propose ce qui suit : « *Ico nipfuza ni uko leta n'umuryango botwitaho kuko mbona n'abahora batugendera bakaturemesha barabihevye. Sinzi ko ari ukurambirwa.* »

Traduisons: « *Ce que je souhaite, c'est que l'Etat et la famille s'occupent de nous, car je vois que ceux qui nous rendaient visite pour nous soulager nous ont laissé tomber. Je ne sais pas s'ils en sont fatigués.* »
« MUH » s'inquiète des attitudes de son entourage envers sa famille éprouvée et souhaite voir l'intervention de l'Etat et de sa famille en terme de soutien tant matériel que social. Il se sent donc délaissé et réclame le soutien de son environnement familial.

5.7. Cas « ANI »

« ANI », est une fille de 12 ans. Elle est la troisième dans la famille de six enfants. Son père est mort en 2009. Ses frères sont partis chercher l'emploi et « ANI » est obligée de s'occuper des affaires familiales. Arrivé chez eux, nous avons compris que cet enquêté vit une inquiétude liée à la perturbation du fonctionnement de sa famille à cause de la maladie mentale de sa mère.

A l'école, elle ne suit pas le maître et ne fait que ruminer les événements familiaux et vivre l'imagination de ce qui se passe chez elle. C'est ce qu'elle exprime en ces termes : *«Iyo ndi mw'ishure sinkurikira neza ivyo twiga kuko nguma niyumvira ko nsanga* maman *yagiye kuyerera tukamubura kandi bihora bishika agatoroka kenshi. »*

C'est-à-dire : *« Quand je suis en classe, je ne suis pas bien les cours car je me dis toujours que ma mère peut aller errer et que je ne pourrais pas la trouver au retour à la maison car elle s'échappe souvent.»*

« ANI » demeure dans des réflexions vaines et dans des imaginations qui font qu'elle ne parvienne même pas à suivre efficacement en classe. Elle éprouve une angoisse causée par la situation critique de la maladie de sa mère. Elle est donc écartelée entre les activités du ménage et la gestion des conduites de sa mère.

Quant aux relations entretenues entre « ANI » et ses voisins, elles ne sont pas bonnes puisque ses pairs ont toujours tendance à l'isoler. Ceci constitue la barrière aux relations saines et affectueuses entre lui et ses voisins comme ses propos le montrent de cette manière : *« Ukugwara kwa* maman *kwaratumye abandi bana banyinuba kuko baguma banturubika ntibashake ko ndabegera. Nca nigumana kuko ivyo bamvugako birambabaza. »*

Cela signifie *: « La maladie de ma mère a fait que les autres enfants m'isolent car ils me persécutent et n'aiment pas que je les approche. Je reste seul car leurs paroles me troublent. »*

« ANI » éprouve de la honte devant ses pairs et préfère rester seule. En plus des difficultés qu'elle rencontre à la maison, « ANI » est l'objet d'une discrimination de la part de ses camarades de classe, ce qui l'enfonce dans un état d'insécurité. En ce qui concerne les perspectives d'aide, cet enquêté suggère, de ce fait, que son entourage s'organise pour les soutenir et les aider à affronter les difficultés liées à la maladie de sa mère.

5.8. Cas « EME »

« EME » est une fille de 9 ans qui vit dans la commune urbaine de KAMENGE en Mairie de BUJUMBURA. Son père est un commerçant dans le même quartier. Les deux frères

d' « EME » sont restés à l'intérieur du pays où ils vivaient avec leur mère avant que celle-ci ne soit atteinte d'une maladie mentale. La mère de cet enquêté a été obligée de rester à Bujumbura pour des raisons de suivi des soins médicaux qui lui sont administrés. Le père d' « EME » exerce le commerce, mais, l'économie familiale a connu une régression constante de manière à ce qu'elle ne soit plus en mesure d'assurer le fonctionnement de la famille. Il est apparu difficile au père d' « EME » de combler tous les besoins de la cellule familiale en raison de l'interruption de ses activités en vue de garder sa femme qui a toujours tendance à fuguer.

En considérant l'aspect relationnel entre « EME » et sa mère, nous avons remarqué à travers ses propos qu'elle est troublée par la maladie de sa mère dans le cadre familial. Ceci est concrétisé par ses propos quand elle dit ceci : *« Inyifato* maman *agira sinshobora kuzihanganira. Iyo turonse abashitsi arashobora kubatuka, n'abandi bana ntibakingendera kubera abirukana. Kenshi na kenshi iyo ndavye inyifato ya* maman *numva mbabaye."*

Ce qui signifie: *« Je ne peux pas supporter les comportements que ma mère manifeste. Quand nous avons des visiteurs, elle peut les insulter, même les autres enfants n'osent pas venir me voir car elle les chasse. Souvent, quand je pense aux conduites de ma mère, je souffre vraiment. »*

Les réactions de la mère d'« EME » sont à la base de la détérioration des liens que celle-ci tissait avec ses pairs, ce qui la conduit à s'isoler. Cette mère psychotique devient donc pour son enfant un élément détruisant l'ambiance familiale et les relations qu' « EME » devrait avoir avec son entourage. C'est dans ce sens que cet enquêté a une vision négative vis-à-vis de son avenir.

En ce qui concerne les perspectives d'aide chez « EME », celle-ci souhaite que son entourage agisse en faveur, d'une part de la mère psychotique en fournissant des moyens pour la faire hospitaliser, d'autre part en faveur des enfants en soutenant sa famille soit matériellement ou moralement. Elle le dit de cette manière : *« Ico nsaba bodufasha ni uko boduha uburyo bwo kuvuza* maman, *natwe tukaronka icodufasha mu gufungura. Ikindi, batugendeye, vyoturemesha kubona tutari twenyene muri ivyo bibazo.»*

Cela se traduit comme suit : « *Ce que je demande comme aide, c'est de nous donner des moyens pour hospitaliser ma mère, et d'avoir ce qui pourrait nous aider comme nourriture. Autre chose, si on nous rend visite, cela pourrait nous soulager, de voir que nous ne sommes pas seuls dans ces difficultés.* »

« EME » souhaite voir son environnement familial s'impliquer dans l'hospitalisation de la malade, l'approvisionnement en nourriture et sollicite des visites pour vaincre la solitude.

En somme, ce chapitre a été consacré à la présentation des monographies de huit cas qui font objet de notre étude. Lors de notre entretien avec ces huit sujets dont la mère est psychotique, nous avons eu l'occasion de découvrir que ceux-ci rencontrent des difficultés du point de vue psychologique et social.

Après la présentation sommaire des huit cas qui laissent emerger les thèmes, nous passons à l'analyse et l'interprétation des récits de nos enquêtés dans les chapitres qui suivent.

CHAPITRE VI : LES SENTIMENTS EPROUVES PAR L'ENFANT DE MERE PSYCHOTIQUE

Les enfants de mère psychotique enquêtés vivent dans des conditions qui ont une influence sur leur vie affective. Ceci est lié aux conduites de la mère induites par sa pathologie et aux attitudes de l'entourage de la famille qui influent sur l'affectivité de l'enfant. Les enquêtés se sentent de plus en plus dans l'insécurité, isolés, honteux, anxieux et le manque de l'amour maternel leur cause une indifférence affective et une perception négative de l'avenir.

6. 1. Le sentiment d'insécurité

Le cadre familial a une part importante dans la satisfaction du besoin de sécurité. Le besoin de sécurité trouve la satisfaction dans un cadre familial. L'enfant se sent sécurisé quand il se voit accepté et entouré par ses parents et toutes les personnes qui lui sont chères. L'autorité paternelle et l'amour maternel sont les deux piliers de la sécurité du petit de l'homme. Celui-ci est épanoui quand il est en contact affectueux avec les membres de sa famille surtout lorsque l'harmonie y règne.

Une mère en bonne santé est naturellement source de sécurité tant physique que morale. L'enfant se sent sécurisé quand il est auprès de sa mère qui est considérée comme protectrice. Cependant, les enfants dont la mère est psychotique enquêtés vivent l'insécurité. L'agressivité de la mère, le sentiment de culpabilité, la dévalorisation sociale, le manque de soutien affectif sont autant d'éléments mettant l'enfant dans l'insécurité. A ce sujet, « KWI » s'exprime comme suit : *« Nta mahoro nigera ndonka kuko ababanyi baguma bambwira ngo nzohava nsara nka* maman. *Nsigaye ntinya no kwiruka kuko ntinya ko abantu bombona ko ndi umusazi. Erega umengo si ndi umuntu nk'abandi. »*

Ce qui veut dire : *«Je ne me sens pas en sécurité car l'entourage me considère comme candidat à la folie comme ma mère. Je crains même de courir de peur que les gens ne me considèrent comme un fou. C'est comme si je n'étais pas comme les autres. »* Nous constatons donc que « KWI » ne se sent pas à l'aise suite à l'attitude de son entourage.

C'est que cette attitude le plonge dans l'insécurité alors qu'il devrait bénéficier de la sécurité pour grandir dans une bonne ambiance. Il a besoin d'un entourage sécurisant ayant un rôle de soutien moral et matériel. Dans ce sens, BERGE (1977, p.70) explique comment le rejet chez l'enfant lui cause l'insécurité. Pour l'auteur,*« l'enfant qui se croit exclu ou rejeté connaît un terrible sentiment d'insécurité qui risque de l'entraîner à des conduites aberrantes , expression de son angoisse profonde. »*
Cela montre que ce sentiment d'être ignoré et rejeté par ses pairs peut être source d'angoisse et de frustration.

Notons que l'indifférence affective et l'agressivité de la mère affectent nos enquêtés, au lieu de les consoler, ce qui se trouve à la base de cette insécurité. Voici ce que « KAN » raconte à ce sujet : *« Sinigera numva ntekanye iyo turi kumwe na* maman. *Nama mbona umengo agomba ankubite n'aho noba ataco nakosheje. Kenshi mpitamwo kuguma kure yiwe. »*

Ce qui signifie: *« Je ne me sens jamais en sécurité lorsque je suis avec ma mère. Je m'attends toujours à ce qu'elle me frappe même si je ne suis pas fautif. Je préfère souvent me tenir à son écart. »*
« KAN » ne bénéficie pas de l'affection de sa mère. Elle ne veut même pas rester aux côtés de cette dernière sous peine d'être battue. Or l'enfant se sent heureux s'il est aimé par la société et plus particulièrement par ses parents. Il a besoin d'une bonne ambiance pour se sentir en sécurité. Il faut un soutien de l'entourage pour susciter son développement affectif équilibré. Dans le cas contraire, il est plongé dans l'insécurité permanente. C'est ce qui est de nos enquêtés qui vivent des sentiments de rejet et de persécution. Ils se sentent délaissés et écartelés par leurs propres tâches et celles qui devraient être accomplies par leur mère. C'est le cas par exemple, d' « AIM » qui l'exprime ainsi : *« Iyo ndi mu bandi nguma mbona ko bose bandabamwo ubusazi. No gukina sinkina kuko abandi bana baca bantuka ngo ndi umusazi nka* maman. *Nopfuma nibera jenyene hako nogumana na bo. »*

C'est-à-dire : *« Quand je suis avec les autres enfants, je considère qu'ils voient en moi la folie. Je ne joue même pas , car ils me tourmentent en disant que je suis fou comme ma mère.*

Mieux vaut que je sois seul plutôt que d'être en leur compagnie. »

A partir de ces propos, nous constatons que cet enfant a un grand problème. Il se sent isolé des autres enfants de son âge et s'éloigne de ceux-ci lors des jeux. Cet isolement le plonge dans la méditation et dans la rumination des idées noires ou, tout simplement, il est perdu dans ses pensées. Pour FREND (1971, p.21), « *l'isolement volontaire, l'éloignement d'autrui constitue la mesure de protection immédiate contre la souffrance. »*

Mais l'isolement n'est pas une solution à la situation stressante. Prendre l'isolement comme une solution est une illusion; il constitue plutôt, pour l'enfant vivant dans ces conditions, un handicap au développement des relations affectives avec l'environnement social.

6. 2. L'indifférence affective

La mère et son enfant sont inséparables. Leur relation est une relation d'amour et d'affection. L'indifférence affective de la mère représente, pour l'enfant, un véritable handicap à sa vie en raison de la carence affective dont ce dernier est victime. La relation mère-enfant dépend de l'affection que la mère accorde à son enfant et est perturbée par le déséquilibre psychologique de la mère. Ceci s'observe chez nos enquêtés, dans la mesure où leurs mères vivent des conditions qui ne leur permettent pas de tisser de bonnes relations avec eux.

Voici ce que « NIY » raconte à propos de ses relations avec sa mère *: « Ahubwo ntaco nokubwira turagowe. Aha rero hari n'igihe tumubwira ikintu ntacumve agaca aguma yinumiye, aho rero ni igihe ataduteye amabuye canke ngo atwugarane. Ahubwo turi mu ngorane nyinshi ntiworaba. »*

C'est-à-dire : «*En fait, je n'ai rien à te dire, nous sommes malheureux. Il arrive même des cas où elle ne saisit pas ce que nous lui disons et reste silencieuse, ou alors elle nous lance des cailloux ou nous enferme dans la chambre. Nous avons beaucoup de problèmes. »*

Nous constatons que « NIY » vit une relation tendue avec sa mère. Il n'y a pas, entre eux, de communication saine. Il considère sa mère comme un agresseur.

Lorsque la mère est psychotique, le climat familial se détériore, l'amour conjugal se transforme en stress et la personnalité de l'enfant se trouve étouffée dans son développement. MUCCHIELLI (1980, p.93) montre que *« l'amour conjugal, l'unité affective du couple, le climat familial « attractif » sont les déterminants du comportement normal de l'enfant lorsque celui-ci est né normalement constitué. »*

L'enfant se trouvant dans une famille dépourvue d'un climat affectif favorable est poussé à adopter des comportements antisociaux. Ainsi, il projette son propre manque d'amour sur les autres qu'il considère comme agresseurs. Il veut tout ramener à lui, c'est-à-dire que son narcissisme reste inassouvi et non dépassé.

De façon générale, l'affection provient de l'intégrité du couple parental. L'enfant, dans différents aspects de sa personnalité, est le produit de l'interaction entre le père, détenteur de l'autorité et la mère aimante. L'enfant a donc besoin d'une affection de la part de ses parents et de son entourage, ce qui constitue les conditions favorables à son développement psychoaffectif. Un déficit quelconque dans son champ affectif peut être à la base des perturbations psychologiques qui font qu'il ne se soucie plus des autres et manque le sens de sociabilité s'exprimant en termes d'indifférence affective. C'est dans ce sens que « KAN » révèle ce qui suit *: « Jewe iyo ndi kumwe n'abandi bana sinumva banezera umenga si ho ndi kuko niyumvira ku ngorane mfise gusa. »*

Ce qui signifie : *« Lorsque je suis avec les autres enfants, je ne m'épanouis pas avec eux, c'est comme si j'étais absent car je pense seulement à mes problèmes. »*

Nous constatons que « KAN » est éprouvée à telle enseigne qu'elle ne sent pas intégrée dans le groupe d'autres enfants, ce qui cause son indifférence affective et entâche la collaboration avec les autres. Elle préfère vivre isolément de par le fait que ces derniers ne l'acceptent pas et se méfient de lui de peur qu'ils ne soient affectés par la « *folie* ». Ce manque d'acceptation par autrui conduit l'enfant à une régression de l'estime de soi et à un sentiment de honte qui l'empêchent de se sentir bien placé pour aborder sa vie au quotidien.

6.3. Le Sentiment de honte et de sous-estimation de soi

La honte est un phénomène psychique se manifestant comme un produit lié à l'échec. Les enfants dont la mère est psychotique enquêtés éprouvent de la honte quand ils se trouvent avec les pairs, les compagnons ou les voisins. Suite aux injures que les pairs leur adressent, ils se sentent différents des autres.

Ceci transparaît dans les propos de « BIZ » quand il dit ceci : *« Iyo ndi kumwe n'abandi bana numva ntanezerewe kuko nguma mbura ico mvuga kuri* maman *iyo abandi bariko bavuga abavyeyi babo. Numva isoni nibutse ko* maman *agwaye ukuraho. »*

Ce qui signifie : *« En compagnie d'autres enfants, je me sens mal à l'aise parce que je manque de quoi dire à propos de ma mère quand les autres sont en train d'échanger en ce qui concerne leurs parents. J'éprouve de la honte quand je pense que ma mère souffre d'une telle manière. »*

« BIZ » éprouve des difficultés à échanger avec ses camarades du fait qu'il se sous-estime par rapport aux autres enfants de mères bien portantes. Il lui manque ce dont il a besoin et ne peut même pas se tourner vers sa mère qui, normalement devrait répondre à ses besoins quotidiens. Cette honte fait que « BIZ » ne s'épanouit pas avec les pairs et se défend par un repli sur soi. Il a toujours de la honte car il croit que tout le monde est au courant de la maladie mentale de sa mère. Il a toujours tendance à se mettre à l'écart de ses camarades de classe qu'il considère comme étant heureux. Il va même jusqu'à se sentir narcissiquement blessé surtout lorsque ses pairs évoquent des débats sur leurs propres parents alors que la sienne, elle, ne manifeste que des comportements étiquettés d'ignobles.

Quant à « AIM », celui-ci se replie sur lui-même et bascule dans la régression narcissique. Il explique ses projets de la manière suivante *: « Niyumviriye ku buzima bwanje ndabona ko ataco nshoboye mu buzima kuko abandi bana bafise abavyeyi babitaho muri vyose bakabafasha kurondera kazoza. Nayo jewe mbona ataco nzovamwo naratekereje. »*

Ce qui signifie : « *En réfléchissant sur ma vie, je vois que je n'y peux rien car les autres enfants ont des parents qui s'occupent d'eux en tout, en préparant leur avenir. Quant à moi, je n'ai pas d'avenir, je me suis résigné.* »
« AIM » s'est donc déjà résigné, il considère son avenir comme étant négatif, dans la mesure où il n'a pas de parents qui l'aident à le préparer.

Le sentiment de honte est un obstacle pour l'intégration sociale de ces enfants issus de mère psychotique. Ceux-ci se sentent de plus en plus ignorés par leurs mères qui ne sont plus en mesure d'établir des liens affectifs avec eux, ce qui les conduit à se considérer comme sans valeur. A ce sujet, ARTHUR (1973, p.202) signale qu' « *un sujet ignoré par ses parents risque de se renfermer et de se sentir sans valeur. Il se sent qu'il ne compte pour personne.* »
Nos enquêtés vivent des sentiments d'abandon et manifestent des comportements qui traduisent un vide émotionnel; ils éprouvent de la honte et du déshonneur suite aux réactions des pairs qui les méprisent. Partant, ils s'estiment incapables de faire face aux exigences de la vie, or cette régression de l'estime de soi conduit le plus souvent à la perception négative de l'avenir.

6.4. La perception négative de l'avenir

Dans la cellule familiale, l'enfant est le fruit de l'union de deux personnes à savoir la mère et le père. Ceux-ci ont le devoir d'éduquer leur enfant et de préparer pour lui un bon avenir. La famille est donc un élément essentiel dans la détermination de ce que va être l'enfant. Dans ce sens, l'enfant prend ses parents comme des références auxquelles il s'identifie pour entreprendre des activités lui permettant de réaliser sa vie. Les parents doivent donc, chacun selon ses exigences, être le soubassement de l'éducation de leur progéniture afin de les mener vers une vie adulte affermie et autonome.

Quant aux enfants de mère psychotique enquêtés, les choses se passent autrement. La mère psychotique reste indifférente vis-à-vis de son enfant, ne se soucie point de leur avenir, son état pathologique ne lui permettant pas de préparer l'avenir de ses enfants. Ceci

donne lieu à des douleurs narcissiques s'accompagnant d'une conception négative de l'avenir qui semble sombre. Nous avons remarqué, à travers les propos de « KAN » que sa mère psychotique n'a pas de faculté de s'occuper de ses enfants. L'enquêtée explique : « *Iyo niyumviriye kazoza kanje jewe ntako mbona. Papa siho ari,* maman *na we yodufashije raba ingene ameze. Ntako nobivuga tumeze nk'abana batawe mu gahinga. Eka mbere jeho mbona turi impfuvyi.* »

Ce qui signifie : « *Quand je pense à mon avenir, je ne le vois pas. Mon père n'est pas avec nous, et voilà l'état de notre mère qui devrait nous aider. Je ne vois pas comment l'exprimer, nous sommes comme des enfants délaissés. D'ailleurs, je vois que nous sommes des orphelins.* »

« KAN » se trouve dans une situation confuse en ce qui concerne la perception de son avenir du fait qu'elle manque le soutien de la part de ses parents. En l'absence d'un père qui devrait apporter sa contribution dans l'entreprise des projets familiaux, « KAN » arrive même au point de se sentir comme étant orpheline malgré la présence de sa mère. Pour WINNICOTT(1980,p.26), *« le rôle du père est d'une importance vitale, tout d'abord parcequ'il soutient matériellement et moralement sa femme, puis, peu à peu, parcequ'il établit des rapports directs avec l'enfant.* »

L'enfant dans de telle situation a donc besoin de soutien de la part de son entourage afin de susciter son optimisme et sa perception positive vis-à-vis de son avenir.

6.5. Le sentiment de frustration

La frustration émane de l'insatisfaction d'un besoin quelconque et contribue à la constitution de nombreux troubles surtout celui lié au comportement affectif. Dans ce sens, « KWI» fait savoir qu'elle a perdu l'espoir de vivre quand elle dit ceci : « *Ukugwara mu mutwe kwa* maman *kurantera ingorane nyinshi. Ndigereranya n'abandi bana nkabona ko bahiriwe. Nayo jewe ntaco mbereyeho kubona ntigera numva nezerewe. Nonezerwa gute kandi* maman *atubuza amahoro? Sinumva n'uko nobivuga.* »

C'est-à-dire : *« Les troubles mentaux de ma mère sont à l'origine de multiples problèmes. Je me compare aux autres enfants et je les trouve heureux. Quant à moi, c'est comme si je ne vivais pas, à voir que je ne me réjouis jamais. Comment pourrais-je me réjouir alors que ma mère nous perturbe? Je ne sais même pas comment le dire. »*
Cet enfant éprouve une angoisse, perd toute motivation et tout espoir de vivre dans la société humaine.

Une mère psychotique constitue un obstacle à la satisfaction des besoins de l'enfant; elle ne répond pas favorablement aux demandes de ce dernier et contribue même à la perturbation de l'ambiance familiale. C'est aussi le cas de « MUH » qui l'explique comme suit : *« Ndafise ingorane zo kubura ico mfungura n'ico nambara. Wewe ntubona ko nambaye imishambara? Nahora niga mugabo narahevye kubera ntokwiga nshonje kandi ntagira ico nambara. Birambabaza kubona ntiga nk'abandi bana. »*

Ce qui signifie : *« J'ai des problèmes de manque de quoi manger et s'habiller. Ne vois-tu pas que je porte des haillous? J'étais élève mais j'ai abandonné l'école puisque je ne peux pas étudier ayant faim et sans vêtements. Cela me fait mal de ne pas étudier comme les autres. »*
C'est que « MUH » est frustré par les comportements de sa mère, s'accompagnant des difficultés matérielles à telle enseigne qu'il a dû abandonner l'école. Ceci est dû au fait que la mère psychotique inflige inconsciemment à ses enfants de mauvais traitements en leur privant la satisfaction des besoins quotidiens et en leur lançant des injures. Ceci devient une source de frustration qui fait que ces enquêtés se sentent toujours victimes d'une injustice et d'une négligence de la part de leurs parents. En fait, la frustration s'étend à tout ce qui se rapporte aux besoins non satisfaits de l'individu. Chez LAFON (1963, p.490), *« la frustration est un résultat de la rencontre d'un obstacle, plus ou moins insurmontable à la satisfaction d'un besoin, au comblement d'une attente : instinct contrarié ou besoin non satisfait. »*
L'individu humain a des besoins dont la non satisfaction, suite aux conditions de vie, provoquent une tension. Ceci provoque une frustration et est susceptible de générer de l'anxiété.

6.6. L'anxiété

Des enfants dont la mère est psychotique ont un état affectif caractérisé par l'anxiété, suite au mauvais traitement de la part de leur mère qui, normalement, devrait être mobilisée pour pourvoir à leurs besoins. C'est notamment le cas d' « ANI » qui vit une inquiétude liée à la perturbation du fonctionnement de sa famille à cause de la maladie mentale de sa mère. A l'école, elle ne suit pas le maître et ne fait que ruminer les événements familiaux et vivre l'imagination de ce qui se passe chez elle. C'est ce qu'elle exprime en ces termes : « *Iyo ndi mw'ishure sinkurikira neza ivyo twiga kuko nguma niyumvira ko nsanga* maman *yagiye kuyerera tukamubura kandi bihora bishika agatoroka kenshi.* »

C'est-à-dire : « *Quand je suis en classe, je ne suis pas bien les cours car je me dis toujours que ma mère peut aller errer et que je ne pourrais pas la trouver au retour à la maison car elle s'échappe souvent.* »
« ANI » demeure dans des réflexions vaines et dans des imaginations qui font qu'elle ne parvienne même pas à suivre efficacement en classe. Elle est aussi victime des agréssions qui font atteinte à sa santé physique et mentale, à sa sécurité suite à l'insatisfaction du point de vue de ses besoins fondamentaux.

Ces enfants enquêtés se retrouvent dans une situation où ils se voient placés devant un danger imminent. Ils s'inquiètent des difficultés qu'ils rencontrent dans la vie familiale; ils ont ainsi peur de prendre les risques en se chargeant des affaires familiales, s'inquiètent de leur situation, se demandent s'ils sont capables d'accomplir les tâches qui leur sont confiées et évitent de prendre des responsabilités par crainte de subir des échecs.
Ces enfants ne sont donc pas épanouis à cause de leur milieu de vie qui ne leur permet pas de vivre dans de bonnes conditions. Ils ne peuvent même pas jouer avec les pairs, alors que le jeu a une grande importance dans l'équilibre de l'enfant. D'après HENRIOT (1969, p.13), « *le jeu est une conduite par laquelle tend à se réaliser un certain équilibre entre le monde intérieur et le monde extérieur. Il permet l'accomplissement symbolique du désir, la*

construction ou l'atténuation provisoire de l'angoisse. Il est révélateur des craintes, des frustrations, des désirs de l'enfant. L'une de ses principales fonctions est de fournir aux fantasmes une voie de décharge. »

Nos enquêtés vivent donc un milieu étouffant et dépourvu d'affection maternelle. Les exigences familiales ne leur permettent pas de rencontrer les pairs afin de jouir des moments de loisir et, s'ils parviennent à les atteindre, ceux-ci peuvent manifester des comportements de mépris et d'indifférence à leur égard, créant ainsi pour eux, l'anxiété et l'angoisse. Soulignons que ce sentiment d'angoisse et d'anxiété poussent ces enfants à souhaiter une vie solitaire afin d'éviter le malaise qu'ils éprouvent quand ils rencontrent les gens qui se moquent d'eux, ce qui crée, chez ceux-ci, une indifférence affective vis-à-vis de leur entourage.

Au bout du compte, ce chapitre nous a fourni des renseignements concernant les sentiments que les enfants de mère psychotique enquêtés éprouvent quand ils sont soumis aux exigences de leur milieu de vie à caractère pathogène et les attitudes manifestées par leur entourage face à leur situation familiale. Dans ce sens, nous avons pu découvrir que nos enquêtés vivent des sentiments d'insécurité, de honte, d'indifférence affective et d'anxiété suite aux multiples contraintes auxquelles ils sont soumis. Ces enfants rencontrent aussi des difficultés dans la prise en charge de leur mère psychotique.

CHAPITRE VII : LES DIFFICULTES EPROUVEES PAR L'ENFANT DANS LA PRISE EN CHARGE DE SA MERE PSYCHOTIQUE

Lorsqu'une mère souffre d'une maladie mentale et plus précisément de la psychose, elle perd son contrôle et sa personnalité est perturbée. Même si l'enfant partage son épreuve avec son père, les conséquences non moins considérables se répercutent sur cet enfant. Dans une situation pareille, celui-ci entretient de mauvaises relations avec sa mère qui n 'est plus en mesure de percevoir et de partager la réalité commune de la société. C'est ce qui est vécu par nos enquêtés qui sont, en quelque sorte, obligés de s'occuper de leurs mères.

7.1. Absence de couverture des besoins alimentaires

La question de la satisfaction des besoins alimentaires occupe une place importante dans la vie de l'être vivant. Le besoin nutritionnel est fondamental. On ne peut pas avoir un bon développement physique sans une bonne alimentation. C'est ce qui se retrouve dans les propos de « MUH » qui s'exprime ainsi : « *Inzara ni co kintu ca mbere kitubangamiye. Ntituronka ivyo turya, raba* maman *ntaco agishoboye. Iyo ngiye gukorera abo tubana barampa ivyo kurya nkazana ngo dusangire rikaba rivuyemwo. Ahubwo abagiraneza barakwiye kutugarukirako n'ayo ahandi turapfuye.* »

C'est-à-dire : « *La faim est la première chose qui nous hante. Nous n'avons pas de quoi manger, voilà que ma mère n'est capable de rien. Quand je vais travailler chez nos voisins, ceux-ci me donnent de la nourriture pour que nous partagions ce jour. Plutôt, des gens de bonne volonté feraient bien de nous venir en aide, sinon, nous allons mourir.* »

Ceci montre que « MUH » est soumis à de nombreux problèmes à cause de la souffrance de sa mère. Au lieu d'avoir le secours de la part de sa mère, il a été délaissé et il est obligé de s'occuper du fonctionnement de sa famille malgré son jeune âge. Normalement, l'enfant devrait être aidé par ses parents dans ses besoins primaires comme l'alimentation, les soins de santé et l'habillement. Mais, suite à la psychose de la mère, l'équilibre familial est rompu et ceci pousse cet enfant à être victime de ce fléau.

En famille, l'éducation des enfants intègre la satisfaction des besoins primaires comme la nourriture, la propreté, l'habillement... dont la mère assure une grande part de responsabilité. La mère doit établir des relations d'amour consistantes avec l'enfant pour le secourir au moment opportun. Pour ce qui est de la mère psychotique, celle-ci se révèle incapable de s'intéresser à la satisfaction des besoins alimentaires de son enfant. Son état de santé ne lui permet pas de penser à ce qui pourrait être utile à son enfant. La mère psychotique est plutôt aux prises avec ses délires et peut même perturber l'ordre familial. A ce sujet, « EME » explique qu'elle est angoissée à cause du comportement de sa mère de la manière suivante : « *Inyifato* maman *agira zituma numva umubabaro ni uko iyo ndiko ndateka ashobora kuza kubisanzaza canke agasuka amazi mu muriro. Uretse ko bitugora kuronka ivyo kurya, ivyo adukorera birababaza.* »

Ce qui veut dire : « *Les conduites de ma mère qui causent mon angoisse, c'est que, quand je fais la cuisine, elle peut tout renverser ou peut jeter de l'eau sur le feu. A part que nous trouvons le repas à peine, ce qu'elle nous fait est douloureux.* »

« EME » est contrainte, malgré son immaturité, de s'occuper des activités destinées à sa mère qui n'en est plus capable suite à sa maladie qui altère sa personnalité. A côté des perturbations qu'elle subit de la part de sa mère, « EME » se retrouve dans l'impasse, ne trouvant ce dont elle a besoin pour grandir.

A ce sujet, HIV/AIDS ALLIANCE (2003, p.5) explique que « *la pauvreté et les stratégies pour répondre aux besoins de la famille pendant les périodes difficiles affectent la santé et la nutrition des enfants, leurs conditions de vie, leur scolarité et d'autres opportunités d'avenir.* »

Suite à la démission de la mère de ses tâches, les perturbations du revenu familial se font remarquer surtout chez les enfants qui engendrent la pénurie alimentaire. L'enfant est, en quelque sorte, déçu car sa mère, qui devrait pourvoir à ses besoins est au sommet des éléments handicapant son développement dans tous ses aspects, y compris sur le plan financier.

7.2. Difficultés financières

Dans la cellule familiale, chacun des membres a sa contribution pour la bonne marche de l'ensemble. Pour accomplir ses tâches, chacun d'eux doit avoir une bonne santé tant physique que mentale afin de réaliser des activités bénéfiques à la famille. Lorsque la mère se révèle incapable de s'occuper des affaires familiales suite à sa situation pathologique, les autres participants et surtout les enfants sont confrontés à de multiples difficultés dans la gestion des perturbations qui se font remarquer dans la famille. Le retrait de la mère laisse un trou dans la réalisation des projets familiaux. Le père ne peut pas assurer tout, y compris les tâches destinées à son épouse, ce qui fait que les enfants, malgré leur immaturité, sont contraints de se mettre à la place de la malade pour assurer le vide en réalisant ce qui revenait à la mère. C'est ce qui arrive à nos enquêtés comme le dit, par exemple, « KWI » en ces termes : « *Mu gufasha* maman *nca nishira mu kibanza ciwe nkakora ivyo yahora akora, nkasenya, nkavoma, nk'iyo twaronse ivyo guteka nkateka, nkacunga batoya banje. Kubona maman atagikora vyaraduteye ubukene mu muryango* »

Ce qui signifie : « *Pour aider ma mère, je me mets à sa place et je fais ce qu'elle avait l'habitude de faire; je puise de l'eau, je fais la cuisine quand nous avons trouvé de la nourriture et je garde mes petits frères. Le fait que ma mère ne travaille plus nous a causé la la misère dans la famille.* »

Ceci fait remarquer que « KWI » est surchargé par les tâches de sa mère qui n'est plus capable de soutenir ses enfants financièrement ou d'embaucher un domestique. [illegible] l'enfant devrait avoir un soutien tant psychologique [illegible] de son entourage en général et plus particulièrement de ses parents. Cet enfant [illegible] la place de sa mère pour combler le vide [illegible] familial, alors qu'il est immature pour occuper cette place [illegible]

[illegible] familial chute de façon considérable. L'hospitalisation de la victime ou tout autre membre

devraient concerner leurs mères. La prise en charge médicale se révèle donc comme un élément gênant les activités des autres membres de la famille, ce qui les perpétue dans la misère. Ici, « EME » a signalé que la pauvreté s'est accentuée suite au fait que son père a été obligé de suspendre son emploi afin d'aider sa mère. Quand nous lui avons demandé sa contribution dans la prise en charge de sa mère, elle nous a répondu comme suit : *« Mbega ntimubona ko bigoye.* Papa *yaragiye kumuvuza arakira, mugabo yarasubiye kugwara. Ubu hoho twabuze uko tubigira kuko* papa *ntagikora nawe arakenye. Aha ntiworaba ingorane za* maman *zongeye ku zindi twari dusanganywe. »*

C'est-à-dire : *« Est-ce que vous ne voyez pas que la situation est difficile? Notre père l'a hospitalisée et elle a été guérie, mais elle a connu une rechute. Actuellement nous sommes épuisés car mon père a perdu son emploi, il est pauvre. On ne saurait quoi dire car ces problèmes viennent s'ajouter à ceux que nous avions déjà. »*

A part qu'« EME » est soumise à une insatisfaction de ses besoins primaires, elle est aussi menacée par le désir de voir sa mère hospitalisée alors que ceci s'avère difficile suite au manque de moyens. Ceci s'accompagne des difficultés liées à la gestion des comportements morbides de ladite mère.

7.3. Problèmes liés aux relations entre la mère psychotique et son enfant

L'enfant éprouve le besoin d'amour, d'acceptation et de stabilité. Il a besoin d'une image maternelle qui ne soit pas changeante, à laquelle il puisse se fixer et s'identifier, grâce à sa présence et à sa bienveillance. Mais il arrive que, quelquefois, la mère psychotique change d'attitudes envers son enfant et ne manifeste, en aucune façon, de l'affection à ce dernier. Les résultats de notre enquête révèlent que la mère psychotique peut manifester à l'endroit de ses enfants des comportements agressifs au lieu de répondre favorablement à la quête de l'affection de ceux-ci. « MUH » dit ce qui suit : *« Sinovuga ngo* maman *aratworohereza, ahubwo kuva aho agwariye ntarasubira kugomba ko twovugana. Nayo iyo vyagamuye ho afata inkoni yo kudukubita. Numva ahubwo ko nohunga muhira nkaja kuraba ko noruhuka. »*

C'est-à-dire : « *Je ne peux pas dire que ma mère nous favorise, plutôt, depuis qu'elle est tombée malade, elle n'a plus voulu échanger avec nous. Et quand elle est en crise, elle prend un bâton pour nous frapper. Je préfère d'ailleurs quitter la maison pour aller chercher là où je peux me reposer.* »

Il est donc à constater que « MUH » connaît une déception car il manque l'attachement qu'il attendait de sa mère et désire quitter la maison pour aller chercher un lieu non étouffant afin d'avoir la stabilité bien que le problème ne soit pas levé. Les conduites de la malade placent les membres de la famille dans l'insécurité. Cela rejoint l'idée de FRANCK (2006, p.12) selon laquelle « *les patients souffrant de schizophrénie placent souvent leur entourage dans la plus grande perplexité du fait de leur comportement et de leur discours qui paraissent depourvus de sens. Il manque alors à leurs proches les clés permettant de comprendre ce qui les conduit à penser et à agir ainsi.* »

Le patient schizophrène se crée une mode de vie qu'il ne partage pas avec son entourage. Sa communication est codée et paraît incompréhensible dans son milieu de vie. Les conduites de la mère psychotique sont donc inaccessibles à la compréhension de sa progéniture. Or, l'enfant a besoin de bénéficier de relations affectives saines dans son milieu de vie afin de lui permettre son intégration dans la société.

REY (1962, p.37) explique comment l'enfant devient un être social de cette manière : « *C'est à travers ses rapports avec les autres que l'être se découvre et que sa personnalité se construit peu à peu (...). L'être humain ne naît pas social, mais le devient. Il n'y a pas d'instinct social.* »

L'enfant doit avoir de bonnes relations avec ses parents et avec les pairs pour se découvrir et pour la construction de sa personnalité et surtout pour atteindre son plein épanouissement. Les liens affectifs qu'il noue avec sa mère devraient lui permettre de chasser les sentiments d'angoisse, mais la mère psychotique n'a pas les moyens de l'aider et de pourvoir à ses besoins tant physiques que psychologiques.

Dans ses propos, « BIZ » a raconté ce qui est des relations avec sa mère psychotique de la manière suivante : « *Biragoye cane gufasha* maman. *Honyene n'iyo tumwegereye aca*

adutuka ngo ni twe twamuriye. No kumwegera ntivyoroshe iyo yavyutse nabi. Ahubwo turagowe, raba ico mwodufasha. »

Ce qui veut dire: *« C'est très difficile d'aider ma mère. Lorsque nous l'approchons, elle nous lance des injures en nous accusant que nous sommes à la base de ses problèmes. Il est aussi difficile de s'approcher d'elle si elle est mal disposée. Nous sommes d'ailleurs malheureux, faites quelque chose pour nous. »*

« BIZ » connaît des difficultés relationnelles avec sa mère dans ce sens que cette dernière n'accepte pas la collaboration. La communication n'est pas saine et ceci est à la base de l'insécurité de cet enquêté qui se sent de plus en plus isolé et délaissé par celle qui devrait s'occuper de lui pour pourvoir à ses besoins quotidiens. Dans ce sens, BOWLBY (1979, p.111) explique ce qui suit : « u*ne mère agressive, passive, rejetant, anxieuse, (...), influencera négativement l'affectivité et la personnalité de l'enfant dans son développement et dans son évolution. »*

« BIZ » est confronté aux accusations de la part de sa mère et éprouve des difficultés à collaborer avec elle. Ce qui est à la base des conflits intrapsychique de notre enquêté.

7.4. Difficultés de prise en charge sociale de la mère psychotique

Généralement, l'enfant souhaite voir sa mère socialement acceptée et appréciée. Il se méfie et déteste les voisins lorsque ceux-ci portent atteinte à la personnalité de sa mère. A défaut de l'assistance sociale, nos enquêtés ne sont pas en mesure de contrôler les comportements de leurs mères qui sont étouffants et préjudiciables à l'ordre social. Dans ce sens, « AIM » explique comment il lui est difficile d'aider sa mère comme suit : *« Kumufasha biratugora cane. Hari n'aho adutoroka akagenda tukamubura. Turashobora gusanga n'impuzu yazitaburiyeko. Yemwe ntiworaba turamaramara mu bantu. Turamwugarana tugasanga yamenaguye ibintu, ahubwo ubu ho dusa n'abamuretse nta kundi. »*

Ce qui signifie : *« Il nous est difficile d'aider notre mère. Il arrive qu'elle disparaisse de la maison. Nous pouvons la retrouver ayant même déchiré ses vêtements. C'est affreux, nous sommes honteux au milieu des gens. Nous l'enfermons dans la chambre et nous la trouvons,*

ayant cassé du matériel. Par ailleurs, il semble que nous l'avons délaissée, il n'y a pas d'autre solution. »

La mère d' « AIM » a perdu sa faculté de discernement, elle a une réalité qui lui est propre et ses actes sont dépourvus de la considération de la réalité sociale. Ce qui la pousse à commettre des actes qui portent atteinte à la pudeur comme le fait de se déshabiller en public. « AIM » se sent ainsi honteux quand il assiste à la nudité de sa mère et éprouve de difficultés à s'approcher d'elle pour l'aider. Aussi, dans la plupart des cas, l'entourage de la victime se met à l'écart de celle-ci pour ne pas prendre des responsabilités dans sa prise en charge. Ici, « NIY » l'explique comme suit : *« Kuva aho* maman *yanduriye iyo ngwara abantu baraduhevye kubera aca abatuka akabatera amabuye iyo baje kumuraba. Abandi bo bavuga ko ari* amadayimoni *yamwinjiye.Twe twabuze ico dukora kuko n'umuryango waraduhevye. »*

C'est-à-dire : *« Dès que ma mère a attrapé cette maladie, les gens nous ont délaissés car elle les injurie et leur jette des pierres quand ils viennent pour l'assister. Les autres disent qu'elle est possédée par des démons. Nous avons manqué quoi faire, même notre famille nous a abandonnés. »*

Suite à la psychose de la mère de « NIY », l'entourage devrait se mobiliser pour soutenir la famille, surtout pour éviter que le comportement de la victime ne soit nuisible à la pudeur. La vulnérabilité psychique de la malade nécessite la mobilisation de l'entourage afin de la maintenir chez elle, sinon elle peut faire des fugues. « NIY » a souligné la méfiance de l'environnement social en ce qui concerne le soutien à sa famille éprouvée. Normalement, la mère psychotique nécessite la contribution de la communauté surtout environnante pour qu'elle soit maîtrisée et stabilisée chez elle. De plus, la famille de la victime devrait être assistée afin de se sentir intégrée dans le cadre social.

Pour MAISONNEUVE (1975, p. 34), *« le propre de l'homme, c'est d'être simultanément un être sociable et un homme socialisé, entendons par là qu'il est à la fois un sujet aspirant à communiquer avec ses semblables et les membres d'une société qui existe préalablement, la forme et le contrôle bon gré mal gré. »*

L'entourage doit se sentir dans la nécessité d'assurer le contrôle de la mère psychotique tout

en sachant qu'elle va guérir si on s'occupe d'elle, plutôt que de la laisser errer, afin de minimiser les risques.

Il importe de signaler que nos enquêtés, malgré leur immaturité, sont obligés de s'occuper de leurs mères psychotiques pour les aider dans leur vulnérabilité. Mais, il leur est difficile de faire la prise en charge de leurs mères malades en raison des problèmes liés aux relations qui sont difficiles, aux difficultés financières et à la méfiance de l'environnement envers la famille éprouvée. Il importe ainsi d'ouvrir des perspectives d'aide chez ces enfants de mère psychotique, étant donné que ceux-ci nécessitent le soutien de la société environnante dans l'optique de les aider à faire face aux contraintes handicapant leur développement.

CHAPITRE VIII : LES PERSPECTIVES D'AIDE CHEZ L'ENFANT DE MERE PSYCHOTIQUE

L'enfant est un être en développement qui nécessite la présence de ses deux parents et d'un entourage favorable aux stimulations de ses facultés. Ceci dit, nos enquêtés ont besoin d'une aide qui aurait des effets aussi bien à eux qu'à leurs mères en vue d'assurer leur intégration dans la communauté humaine environnante. La société doit s'intéresser à l'intégration sociale de l'enfant et de la mère.

9.1. Le soutien matériel à l'enfant victime de la pathologie de sa mère

L'enfant est un être vulnérable qui nécessite d'être pris en charge de façon multidimensionnelle par ses parents. La couverture de ses besoins élémentaires comme la nourriture, l'habillement, le sommeil et de ses besoins secondaires est indispensable pour favoriser son développement harmonieux. Néanmoins, chez nos enquêtés, nous avons constaté que ceux-ci sont contraints de survivre dans la misère. « KWI » explique ses souhaits de cette manière : *« Kuva* maman *agwaye twaragize ingorane nyinshi. Rimwe na rimwe tukarara ubusa papa atahari. Kw'ishure twarahevye kubera ata buryo. Hari abandi bana biga bafashwa nk'impfuvyi muga twebwe ntibadufasha bavuga ngo turafise abavyeyi. Ico mbona rero bodufasha na twe kuko nta kundi twobaho. »*

Ce qui signifie : *« Depuis que ma mère est malade, nous avons eu beaucoup de problèmes. Nous avons souvent passé des jours sans manger en l'absence de notre père. Nous avons abandonné l'école faute de moyens. Il y a d'autres enfants qui étudient en étant aidés comme des orphelins, mais nous, nous ne bénéficions pas de cette aide sous prétexte que nous avons nos parents. Ce que je propose, c'est de nous aider aussi parce qu'il n'y a pas d'autres moyens de vivre. »*

« KWI » s'indigne du fait qu'il est considéré dans la société comme ayant des parents et est ignoré en ce qui concerne l'assistance destinée à une personne en situation d'indigence. Selon lui, sa mère n'est que symbolique et sa pathologie l'enfonce dans le stress, l'angoisse et la douleur morale. « KWI » demande un appui matériel comme la nourriture, les habits, ...

afin d'éviter une carence dans son développement physique, intellectuel et psychologique. SYLLAMY (1983, p.222) trouve que : *« la société, qui préexiste aux individus et leur survit, regroupe les énergies pour réaliser, dans les meilleures conditions, le projet implicite de chacun, qui est d'y vivre en sécurité et d'y trouver la satisfaction de ses besoins fondamentaux. »*

Comme la famille est une entité qui n'est pas isolée de la société, elle est appuyée par cette dernière dans la mission éducative des enfants. La communauté locale ou l'entourage peut exercer aussi une action éducative et sociale sur l'enfant de mère psychotique afin de le préserver de probables conséquences.

Nous pouvons, en conséquence, signaler que la privation de ce dont l'enfant a besoin quotidiennement est en quelque sorte à l'origine du handicap scolaire comme le dit, ici, « KAN » : *« Iyo ndi mw'ishure nguma niyumvira ku ngorane nasize muhira bigatuma ntumviriza n'umwigisha. Ahubwo novuga ko n'inzara imbuza gukora neza. »*

Ce qui signifie : *« Quand je suis en classe, je continue à réfléchir sur les problèmes familiaux, ce qui me cause la distraction et le manque d'attention envers le maître. Je peux dire d'ailleurs que la faim m'empêche de bien travailler. »*

Ici, nous avons constaté que « KAN » souffre d'une pénurie alimentaire et d'autres besoins utiles à la vie. La communauté environnante doit donc agir en faveur de cet enfant afin de minimiser les difficultés éprouvées par l'enfant de mère psychotique dans la satisfaction de leurs besoins quotidiens.

9.2. La prise en charge médicale de la mère psychotique

Quand la maladie survient dans une cellule familiale, la personne affectée nécessite une prise en charge notamment au plan médical. La vulnérabilité sanitaire exige des moyens pour s'approvisionner en médicaments afin de veiller à l'amélioration de la santé du malade. Les membres de la famille doivent s'occuper de la personne malade et procéder à son hospitalisation si le besoin se fait sentir.

Quant à nos enquêtés, la prise en charge médicale de leurs mères n'est pas aisée du fait que le revenu familial a chuté suite à l'interruption des activités des pères pour s'occuper de celles-ci. Ils sont donc dans l'obligation de s'occuper du fonctionnement des affaires familiales à la place de la mère malgré leur immaturité. C'est dans ce sens qu'ils manquent des moyens pour assurer l'hospitalisation de leur mère. C'est pourquoi « NIY » explique à ce sujet ce qui suit : *« Abantu bo mu muryango basa n'abamuhevye, bavuga ngo ni abadayimoni bamuhumiye. Tubabwiye kumujana kwa muganga, ngo ntibikenewe igikuru bomusengera gusa. Barageregeje kumusengera ariko biba ivy'ubusa. Ahubwo mwodusabira abomujana kwa muganga. »*

C'est-à-dire : *« Les membres de la famille semblent l'avoir abandonnée en disant que ce sont les démons qui l'ont envahie. Quand nous leur proposons de l'amener à l'hôpital, ils disent que c'est inutile et que ce qui est essentiel est de prier pour elle seulement. Ils ont essayé de prier mais en vain. Vous pourriez plutôt demander pour nous son hospitalisation. »*

A côté des difficultés matérielles que connaît cet enfant, il est aussi confronté à des problèmes liés aux croyances de son entourage. Au lieu de contribuer au soutien et à la protection de la famille éprouvée, les gens adoptent une attitude de délaisser la malade. « NIY » a donc besoin d'une assistance tant matérielle que morale de la part de son entourage en vue de faciliter le processus de l'amélioration de la santé de sa mère à travers l'hospitalisation.

Selon AMIEL-LEBIGRE et GOGNALONS-NICOLET (1993, p.238), *« la personne malade voit en elle toute une série d'éléments de son mode de vie se modifier. On ne doit pas minimiser les répercussions sociales de la maladie tant dans la vie familiale, professionnelle que dans les rapports de participation à la société élargie. Le social ne fonctionne pas seulement comme une norme extérieure de la conformité ou de bon fonctionnement, il constitue aussi un des enjeux du rétablissement de l'état de santé, de la capacité d'appropriation et de gestion de son propre devenir. »*

L'environnement social de la mère psychotique doit s'intéresser à l'amélioration de la santé de la malade en apportant un soutien à la famille éprouvée afin de lui préserver le fardeau de la solitude dans la gestion de ses problèmes. Pour ce cas « NIY » , la maladie mentale est

considérée comme le fruit d'une malédiction ou une menace de la part des malfaiteurs qui jettent le mauvais sort à une personne de sa famille. Il est à comprendre que cette conception traditionnelle constitue un handicap à l'amélioration de la santé de la malade. Dans ce sens, nous avons constaté que la mère de « NIY » a été négligée par sa famille suite à la conception de sa maladie comme étant l'intrusion des démons dans son psychisme.

Quand une mère souffre de la psychose, toute la société doit plutôt se mettre à sa disposition pour aider la famille éprouvée car ses enfants se révèlent incapables d'accomplir cette tâche et le mari ne peut combiner ses devoirs et ceux de son épouse. Le revenu de la famille peut être insuffisant pour la prise en charge médicale de la malade et le rôle revient à la communauté humaine d'intervenir en apportant sa contribution.

9.3. La prise en charge psychosociale de l'enfant de mère psychotique

L'enfant de mère psychotique a besoin d'une certaine assistance pour s'intégrer harmonieusement dans la société. Cela se remarque à travers les propos des enquêtés qui indiquent qu'ils ont besoin d'une assistance tant matérielle que psychologique afin de pouvoir sortir de leur situation comme « BIZ » l'exprime en ces mots : « *Ndashaka ko ababanyi bacu botuba hafi bakadufasha kuko tutovyishoboza. Uretse ko tutaronka ico turya, n' inyifato za* maman *ziradutera ingorane. Mu gihe umuryango wodufasha nibaza ko vyoshoboka.* »

Ce qui veut dire : « *Je souhaite que nos voisins nous soutiennent car nous ne pouvons rien sans aide. A part que nous n'avons pas de quoi manger, même les comportements de notre mère nous causent des problèmes. Si la famille nous aidait, je pense que ces difficultés seraient levées.* »

Ceci montre que « BIZ » est incapable d'aider sa mère malade et qu'il souhaite voir ses voisins intervenir dans le fonctionnement de sa famille. L'environnement familial doit donc agir en faveur des enfants et de la mère psychotique afin de les soutenir et les protéger contre les conséquences qui pourraient s'en découler. Il est primordial d'agir sur le milieu

familial qui devient pathogène à l'enfant afin d'éviter l'inhibition de son développement social.

La société doit prévoir le soutien aux victimes au plan tant matériel que psychologique pour favoriser l'amélioration de la santé de la mère psychotique et éviter les conséquences néfastes chez l'enfant qui ne peut pas vivre isolé de son milieu social.
Pour FISCHER (1987, pp.61-62), *« tout individu se trouve relié d'une quelconque manière, à autrui, parents, frères, institutions, groupes, etc. Il est donc inséré dans un tissu social complexe qui l'insère, oriente son action et définit sa sociabilité. »*
L'entourage est indispensable dans la socialisation de l'enfant. Celui-ci s'enrichit et expérimente la vie sociale quand il est en contact avec autrui. Les remarques, les reproches ou les félicitations que les gens prononcent à l'endroit de l'enfant font qu'il reconnaisse sa place dans la société et intériorise davantage ce qui convient ou pas dans la société. Le soutien psychologique et l'assistance matérielle et morale permettent l'intégration de l'enfant de mère psychotique dans la société.

Les propos de nos enquêtés montrent que ceux-ci ont besoin d'une assistance substancielle. Même si on ne leur apporte pas des biens matériels, on peut leur rendre visite afin de restaurer, chez eux, les sentiments qui paraissent caractérisés par le pessimisme causé par le comportement que leurs camarades affichent. Nous avons remarqué à travers les propos d' « EME » que celui-ci nécessite un soutien de la part de son entourage dans la gestion des comportements pathologiques de sa mère.
Cet enquêtée exprime le souhait suivant : « *Igikwiye kandi cihutirwa ni uko bodufasha tukaronka abatwitaho bakadufasha kumucunga kuko bamwe bamwe n'aho bamubona atorotse umengo ntibibaraba; ntibanamugarura baca bamureka akangara tukamubura. Hamwe ababanyi badufashije kumucunga nk'uwabo, vyodufasha kumukurikirana.* »

C'est-à-dire : « *Ce qui est essentiel et urgent, c'est qu'on nous aide afin de trouver des gens qui interviennent pour nous aider à la garder, car certains se comportent comme si l'affaire ne les concerne pas; même quand ils la voient fuguer, ils la laissent aller errer loin et nous la perdons de vue. Si nos voisins nous aident à la garder comme la leur, cela pourrait nous aider*

à l'encadrer. »

Cela montre qu' « EME » est incapable d'aider sa mère malade et qu'elle invite ses voisins à l'aider dans le contrôle du comportement de la malade. Ces propos montrent que l'entourage et la société doivent aider les mères psychotiques et leurs enfants afin de les soutenir et les intégrer dans la société. La malade doit donc être assistée pour favoriser son ajustement personnel à une situation de vie normale.

Lorsque l'enfant de mère psychotique voit que son entourage fait tout pour le soutenir, il se sent soulagé et accepté dans son environnement social, ce qui lui permet de développer des compétences pour faire face à ses difficultés. De plus, l'enfant de mère psychotique a besoin d'être accepté et considéré comme tout autre enfant dont la mère est en bonne santé, ceci parce que d'autres enfants manifestent des comportements inadéquats en prononçant des mots dégradants envers lui. Il s'agit notamment du mépris, des insultes, des agressions verbales et l'isolement qui sont des attitudes qui aggravent sa situation. Le milieu familial doit donc se présenter comme un espace d'affection et de stimulations qui permettent à l'enfant de vivre son bien-être comme l'explique, ici , DALL (2000, pp.221-222): *« L'enfant, pour son épanouissement harmonieux est sous la responsabilité de ses parents, et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle. »*

Quand la mère est absente, l'atmosphère d'affection manque et l'enfant demeure dans l'insatisfaction. Il se trouve dans une situation confuse caractérisée par la peur, l'angoisse, la dépression et un sentiment persistant d'abandon. La société doit partager les émotions avec l'enfant de mère psychotique. Ce partage social des émotions apporte une contribution précieuse à l'établissement, au maintien et au renforcement des liens socioaffectifs nécessaires au développement intégré de la personnalité de l'enfant.

9.4. Le rôle de l'entourage

La mère psychotique, ainsi que son enfant, ont besoin d'une certaine assistance pour s'intégrer dans la société. Cela se remarque à travers les propos des enquêtés qui ont besoin

d'une assistance matérielle et psychologique pour pouvoir aider leurs mères malades. « NIY » explique ce qui suit : « *Ico numva twofashwa ni uko tworonka intererano y'abo mu muryango mu kuvuza* maman. *Bamwe baratanguye kudufasha mugabo ngira bararambiwe ntitubabona. Aho ubona agwaye ingwara mbi ntitwobishobora twananiwe.* »

C'est-à-dire : *« Ce que nous souhaitons comme aide, c'est l'intervention de notre famille concernant l'hospitalisation de ma mère. Les uns ont commencé à nous aider mais, peut- être qu'ils sont découragés, nous ne les voyons plus. Ma mère souffre d'une grave maladie, nous ne pouvons rien, nous en sommes dépassés.* »

Cela montre que « NIY » est incapable d'aider sa mère en situation pathologique et qu'elle invite la famille à intervenir afin de pouvoir maîtriser le comportement de la malade. L'entourage et la société doivent aider les mères psychotiques et leurs enfants afin de les soutenir et les intégrer dans la société.

La mère psychotique doit être assistée pour son ajustement personnel à une situation de vie saine et normale. L'environnement social et plus particulièrement familial doit prévoir les moyens tant matériels que psychologiques pour venir en aide à la mère malade. Lorsque l'enfant voit que son entourage manifeste un soutien à sa mère, il se sent soulagé et trouve sa place au sein de la société. Il éprouve ainsi une motivation à coopérer et à se sentir à l'aise dans le corps social. Ce qui est embarrassant est que l'enfant de mère psychotique éprouve un désir de coopérer avec les autres enfants, mais ceux-ci le rejettent, ce qui le pousse à vivre dans une situation angoissante caractérisée par la solitude, l'isolement et le repli sur soi. Pour CORMAN (1970, p.63), *« l'expérience renseigne qu'il n'est pas de situation plus angoissante (...) que d'être rejeté, exclu d'un groupe ou de la famille car cela entraine la rupture des échanges affectifs indispensables à la vie et cela peut dans les cas graves signifier un danger de mort. De la part de celui qui prononce l'exclusion, cela signifie que tous les liens affectifs sont rompus (...) et en quelque sorte qu'on refuse à celui-ci le droit d'exister, qu'on nie son existence.* »

La famille de la malade a besoin d'une assistance de la part de la communauté humaine en vue de fortifier son être et ses ambitions. Lorsque, au contraire, la mère psychotique est

rejetée par son entourage, celle-ci s'enfonce dans ses troubles et les liens affectifs deviennent malsains de sorte que la malade se sent exclue du monde des humains.

La société doit donc prévoir les moyens tant matériels que psychologiques pour venir en aide à la mère malade. Lorsque l'enfant ayant la mère psychotique voit que son entourage fait tout pour qu'il puisse devenir membre integré dans la communauté, il éprouve à son tour une motivation de coopérer et de se sentir à l'aise dans le corps social. « AIM » explique ce qui suit : « Maman *bamaze kumujana kumuvuza, naciye numva nezererewe abantu bo muri* famille. *Nayo kare ho nabona ko birabira inyungu zabo twebwe batatubabaye. Bamutwaye kumuvuza bikenewe kuko twari twarushe.* »

C'est-à-dire : *« A la suite de l'hospitalisation de ma mère, j'ai été reconnaissant envers les membres de la famille. Auparavant, j'estimais qu'ils veillaient à leurs seuls intérêts et qu'ils ne se souciaient point de nous. Il était utile de l'hospitaliser car nous étions fatigués. »*
Avant que la mère d' « AIM » n'ait été hospitalisée, celui-ci accusait sa famille de n'avoir pas apporté sa contribution pour lui venir en aide. Mais, après l'hospitalisation de sa mère, il a senti son fardeau allégé.

Lorsqu'une mère souffre d'une affection mentale qui l'empêche d'entretenir les relations affectives de bonne qualité avec ses enfants, ceux-ci se sentent devant un danger imminent et dans l' insécurité. L'entourage de la malade doit donc s'occuper d'elle afin de protéger les enfants d'une situation qui pourrait nuire à leur développement.

Soulignons, enfin de compte, que nos enquêtés ne sont pas à même de faire face seuls, aux difficultés qui surgissent quand ils sont contraints de gérer les conduites pathologiques de leurs mères et les exigences de leur vie quotidienne. Ils ont donc besoin d'un soutien de la part de leur entourage familial et social surtout dans l'intégration sociale de leur mère, la prise en charge psychosociale des enfants et l'intervention dans la prise en charge matérielle et médicale de la malade.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de notre travail était d'étudier « *les difficultés psychosociales rencontrées par l'enfant de mère psychotique* ». Pour y parvenir, il nous a été nécessaire de suivre un certain plan que nous voulons brièvement rappeler.

Notre étude était articulée autour de deux parties essentielles à savoir le cadre théorique et méthodologique d'une part, la présentation des cas, l'analyse des données et l'interprétation des résultats de recherche d'autre part. Après avoir justifié le choix et délimité le sujet en guise d'introduction générale, nous avons défini les concepts-clés qui nous ont tracé l'orientation de notre travail et nous avons élaboré le cadre théorique de référence dans la première partie. Nous avons ensuite posé le cadre problématique qui a débouché sur la formulation des objectifs, puis, nous avons exposé et justifié la méthode et les techniques de recherche.

Dans la deuxième partie qui constitue le nœud de notre travail, nous y avons présenté les cas, analysé les données et interprété les résultats de la recherche. A ce niveau, un certain nombre de thèmes ont été dégagés et exploités sous forme de chapitres.
Il s'agissait :
-Des sentiments éprouvés par l'enfant de mère psychotique
-Des difficultés rencontrées par l'enfant dans la prise en charge de sa mère psychotique.
-Des perspectives d'aide chez l'enfant de mère psychotique

Concernant le premier objectif spécifique pour lequel il était question de « *découvrir les sentiments éprouvés par l'enfant de mère psychotique* », nous avons pu nous rendre compte que la communauté environnante adopte des attitudes divergentes vis-à-vis de cet enfant. Ces attitudes vont du soutien tant moral que matériel au mépris et à l'humiliation. Ce dernier pôle d'attitudes plonge l'enfant dans un sentiment d'insécurité qui génère l'angoisse, la régression de l'estime de soi, la honte, l'indifférence affective et la perception négative de l'avenir. Cet objectif spécifique a été atteint.

S'agissant du deuxième objectif spécifique qui concernait *« la découverte des difficultés éprouvées par l'enfant dans la prise en charge de sa mère psychotique »*, nous avons constaté que l'enfant de mère psychotique éprouve des difficultés à nouer des relations saines et favorables avec sa mère. La maladie de la mère psychotique la pousse à se retirer des affaires et projets familiaux, ce qui est à la base de la carence des moyens pour la couverture des besoins primaires de l'enfant. De plus, l'enfant de mère psychotique ne parvient pas à gérer les comportements pathologiques de la malade et sa prise en charge médicale, financière et sociale paraît comme un fardeau familial. Nous avons découvert que nos enquêtés éprouvent des difficultés liées à l'alimentation, à la prise en charge matérielle, médicale et sociale de leurs mères psychotiques. Cet objectif spécifique également a été atteint.

Concernant le troisième objectif pour lequel il était question de *« proposer les perspectives d'aide chez l'enfant de mère psychotique »*, nos enquêtés ont suggéré, compte tenu de ce qui a été proposé par ceux-ci, que la mère doit être intégrée socialement par son entourage. Ensuite, l'enfant victime de la pathologie de sa mère doit bénéficier la prise en charge sociale et matérielle afin de lui permettre son développement harmonieux. Enfin, la communauté environnante doit mobiliser ses efforts pour s'intéresser à la prise en charge médicale de la mère psychotique. Cet objectif spécifique a été atteint.

Au bout de compte, notre objectif général qui consistait à étudier *« les difficultés psychosociales éprouvées par l'enfant de mère psychotique »* a été exploité à travers les trois dimensions à savoir la découverte des sentiments éprouvés par l'enfant de mère psychotique, les difficultés de prise en charge de la malade par son enfant et les perspectives d'aide chez l'enfant de mère psychotique. Nous avons trouvé que nos sujets éprouvent des sentiments d'insécurité, de frustration, d'indifférence affective et de mésestime de soi. En ce qui concerne la prise en charge de leur mère psychotique, nos sujets rencontrent des difficultés liées à la couverture des besoins alimentaires, à la prise en charge médicale, matérielle et sociale de la malade. En ce qui concerne les perspectives d'aide chez l'enfant de mère psychotique, nos enquêtés ont proposé l'assistance de la part de la communauté

environnante à la famille éprouvée pour leur assurer la prise en charge matérielle, médicale et sociale. Ceci étant, notre objectif général a été atteint.

Il sied, à toutes fins utiles, de formuler des suggestions pour l'amélioration du bien-être psychologique et social de l'enfant dont la mère est psychotique.

LES SUGGESTIONS

Tenant compte des résultats de notre recherche, nous avons adressé des suggestions aux personnes susceptibles de contribuer dans la prise en charge des enfants de mère psychotique :

Aux pères, nous suggérons de :

- S'adapter aux changements qui s'opèrent suite à la pathologie de leurs épouses afin de prendre soin de leurs enfants surtout en créant un climat favorable dans le foyer.

-prendre conscience que les enfants ont besoin de s'épanouir physiquement et socialement.

A la famille et à l'entourage, nous suggérons que :

-La société s'investisse dans la prise en charge psychologique et matérielle de la famille éprouvée.

-Les membres de la famille et l'environnement social fassent preuve d'attachement pouvant assurer à l'enfant une chaleur affective suffisante car, tant que l'enfant ne se sentira pas aimé et protégé, il demeurera sans estime de soi.

-Il conviendrait de suivre de près l'enfant de mère psychotique, de le soutenir lors des difficultés, veiller à son bien-être psychoaffectif et social, ainsi qu'à son intégration réelle au sein de la société.

- Eviter les expressions injurieuses et dénigrantes qui dévalorisent l'enfant dont la mère est psychotique.

A toute personne qui trouverait intérêt à faire ses recherches dans le même domaine, elle pourrait étudier *« L'impact de la psychose du père sur le développement psychologique de l'enfant en âge d'adolescence. »*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OUVRAGES

AMIEL-LEBIGRE, F. et GOGNA LONS-NICOLET, M., 1973, Entre santé et maladie, Paris, P.U.F

ARTHUR, J., 1973, L'amour et l'enfant, Paris, Flammarion.

BADIN, P., 1977, Psychologie de la vie sociale. Les aspects psychosociaux de la vie collective, Paris, Centurion.

BARUK, H., 1973, Psychoses et névroses, Paris, P.U.F

BERGE, A., 1977, Comprendre et éduquer un enfant difficile, Paris, petite Bibliothèque, Payot

BERNARD, P., 1979, Le développement de la personnalité. Initiation à la compréhension du comportement humain et les relations interpersonnelles, Paris, P.U.F

BIGANGARA, J.B., 1986, Pour une anthropologie de la famille et du mariage traditionnels au Burundi.

BLANCHET, A. et GOTMAN, A., 1992, L'enquête et ses méthodes, Paris,Ed Nathan

BOUDON, R., 1980, Les méthodes en sociologie, Paris, P.U.F

BOWLBY, J., 1978, Attachement : Séparation, angoisse et colère, Paris, P.U.F

BOWLBY, J., 1978, L'attachement et perte, Paris, P.U.F

CORMAN, L., 1970, Psychopathologie de la rivalité fraternelle, Bruxelles, Dessart

COURTOIS, G., 1951, L'art d'élever les enfants aujourd'hui, Paris, Fleurus.

DALL, J., 2000, Se séparer sans se déchirer, Paris, Laffont.

DEVEREUX, G., 1977, Essais d'ethnopsychiatrie générale, Paris, Gallimard

DODSON, F., 1975, Le père et son enfant, Paris, P.U.F

DU PASQUIER, F., 1981, Le devenir des enfants abandonnés , Paris , P.U.F

DURKHEIM, E., 1980, Education et sociologie, Paris, P.U.F

ERNY, P., 1978, L'enfant et son milieu social en Afrique Noire, Paris, Payot

FESTINGER, L., et KATZ, D., 1977, Les méthodes de recherche en sciences sociales, T2, Paris,P.U.F

FISCHER, G.N, 1987, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Paris, Bordas

FRANCK., N., 2006, La schizophrénie. La reconnaitre et la soigner, Paris, Odile Jacob

FREND, J., 1971, La sociologie du conflit, Paris, P.U.F

GOFFMAN, E., 1975, Asiles .Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres recrus, Paris, Minuit

GOUIN DECARIE, T., 1978, L'intelligence et l'affectivité chez le jeune enfant, Montréal, Delachaux et Niestlé

HENRIOT, J., 1969, Le jeu, Paris, P.U.F

LAFON, R., Vocabulaire de psychopédagogie et psychiatrie de l'enfant, Paris, P.U.F

LAGACHE, D. , 1975, Unité de la psychologie, Paris, P.U.F.

LAPLANTINE, F., 1976, Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire, Paris,Editions Universitaires

LAUTREY, J., 1978, Classe sociale, milieu familial intelligence, Paris, P.U.F

LE MOAL, P., 1971, Parents séparés enfants perturbés, Bruxelles, Duculot

LEON, A., , 1977, Manuel de psychopédagogie expérimentale, Paris, P.U.F

LESCURE, M., 1976, Les carences éducatives, Toulouse, Privat

MAISONNEUVE, J., 1975, Introduction à la psychosociologie, Paris, P.U.F

MIALARET, G., L'Introduction à la pédagogie, Paris, P.U.F, 1980.

MONTREUIL, M. et DORON, J., , 2006, Psychologie clinique et psychopathologie, Paris, P.U.F

MUCCHIELLI, A., 1991, Les méthodes qualitatives, Paris, P.U.F

MUCCHIELLI, R., 1975, Psychologie de la vie conjugale, Paris, E.S.F

MUCCHIELLI, R., 1975, Comment ils deviennent délinquants, Paris, E .S.F

MUCCHIELLI, R., 1976, Personnalité de l'enfant, Paris, E.S.F

NAVAS J.et al, 1977, Famille et fécondité au Burundi .Approche sociologique, Bujumbura, Presses Lavigerie

PANKOW, G., 1977, Structure familiale et psychose, Paris, P.U.F, Aubier Montaigne

PITROU, A., 1977, Vivre sans famille, Solidarités familiales dans le monde d'aujourd'hui, Toulouse, Privat

POISSON, Y., 1990, La recherche qualitative en éducation, Québec, Gaëtan Morin

PONGERE, P., 1971, Méthodes des sciences sociales, Paris, Dalloz

POROT, M., 1979, L'enfant et les relations familiales, Paris, P.U.F

POURTOIS, J.P., 2000, Blessure d'enfant, Bruxelles, Edition De Boeck Université

OVERSTREET, H. et OVERSTREET, B., 1966, Compréhension et préjugé, Paris, Istra

REY., A., 1962, Etude des institutions psychologiques, Neuchâtel, Délachaux et Niestlé

SATIR, V., 1980, Pour retrouver l'harmonie familiale, Paris, Delarge

SZASZ, T., 1977, Le mythe de la maladie mentale, Paris, Payot

TOUSIGNANT, M., 1992, Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques, Paris, P.U.F

TOUZARD, H., 1975, Enquête psychosociologique sur les rôles conjugaux et la structure familiale, Paris, C.N.R.S

WALLON, H., 1956, Les étapes de la personnalité de l'enfant, Paris, P.U.F

WINNICOTT, D.W., 1978, L'enfant et le monde extérieur, Paris, Payot

WINNICOTT, D.W., 1975, L'enfant et sa famille : Les premières relations, Paris, Payot

WINNICOTT, D.W., 1980, L'enfant et le monde extérieur, Paris, Payot

WINNICOTT, D.W., 1978, L'enfant et sa famille : les premières relations, Paris, Petite bibliothèque Payot

ZUURE, B.R.P, 1929, Croyances et pratiques religieuses des burundais, Bruxelles, Editions de l'Essorial

2. COURS, MEMOIRES, REVUES ET DICTIONNAIRES

a. COURS

NISABWE, T., 2009-2010, Séminaire de méthodologie de psychologie sociale, Cours inédit, Bujumbura, F.P.S.E, 1ère licence P.C.S

SUGURU, S., 1995, Psychopathologie, Syllabus de cours, Bujumbura, U.B., F.P.S.E, 2ème candidature

b. DICTIONNAIRES

PELICIER, Y., 1970, Guide psychiatrique pour le praticien, Paris, Masson

SYLLAMY, N., 1977, Univers de la psychologie, Paris, Lidis

SYLLAMY, N., 1980, Dictionnaire de psychologie, Paris, Bordas

SYLLAMY, N. , 1980, Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, Bordas

C. MEMOIRES

KABURA, D., 2004, Problématique de la prise en charge des vieillards en milieu rural burundais, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S .E

NINGANZA, J., 1999, Prise en charge psychosociale des orphelins de la crise : Cas de la maison Shaloom de RUYIGI, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S.E

NTAHONDEREYE, J.B., 2009, Etude des difficultés psychosociales du mari dont l'épouse est psychotique, Mémoire inédit, Bujumbura, U.B, F.P.S.E

d. AUTRES PUBLICATIONS

BARANCIRA, S., 1991, Possession par les esprits : Baganza et rituel thérapeutique du kubandwa au Burundi, Bujumbura, Presses Lavigerie

NGENDAKUMANA, I., et NDUWARUGIRA, C., 1991, Guide de prise en charge psychosociologique des séropositifs asymptomatiques et des malades du Sida, Bujumbura, PNLS /MST

NTAWURISHIRA, L., 1988, L'évolution pédagogique et la société, Bujumbura, U.B,Presses universitaires

UNESCO, 1979, La famille, premier milieu éducatif, Paris, Unesco

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation et consigne en kirundi

Musore,Mwigeme,

Mwaramutse (Mwiriwe),

Nitwa NIYONGABO Fabiyano. Ndi umunyeshure wo mw'ishure Kaminuza y'Uburundi,mu gisata c'inyifafo n'ubuhinga bw'indero. Ndiko ndarangura igikorwa co kurangiza amashure cerekeye « *kwiga ingorane zigirwa n'abana bafise aba mama bagwaye mu mutwe* ». Izo ngorane zigirwa n'abana bafise aba mama bagwaye mu mutwe nizo nifuje ko twokwigira hamwe. Nkaba nja kubabaza ibibazo munyishura bijanye n'ico mubiziko.

Ndavye rero intumbero y'igikorwa canje,nabonye ko wewe womfasha ku vyo ndondera.Ndaza gukoresha aka kuma gafata amajwi kugira ntihagire ivyo nongerako canke ngo mpindure mu vyo unyagira. Kandi ndakwemereye yuko ata muntu n'umwe azomenya uwo twayaze ibi bintu.

Annexe 2 : Guide d'entretien en Kirundi

1. Kwidondora:

-Imyaka:

-Aho aba ubu:

-Ishure yigamwo ubu:

-Abana bavukana:

2. Ikiganiro nye zina:

1. Uhora umererwa gute iyo wiyumviriye ko mama wawe agwaye mu mutwe ?

2. Ugira ivyiyumviro bimeze gute kubwo kugwara mu mutwe kwa mama wawe ?

3. Wibona gute wigereranije n'abandi bana bafise abavyeyi bakomeye ?

4. Ni izihe ngorane ugira mu gufasha mama wawe ?

5. Ni izihe nyifato mama wawe agira zituma wumva umubabaro ?

6. Ubigenza gute mu gufasha mama wawe ?

7. Iyo wiyumviriye kazoza kawe ukabona gute ?

8. Nyiganira ingorane ugira mu kubaho kwawe zivuye ku ngwara ya mama wawe

9. Wifuza ko wofashwa mu buryo ubuhe mu ngorane urimwo ?

Annexe 3 : Présentation et consigne en français

Jeune homme, Mademoiselle,

Bonjour (bonsoir)

Je m'appelle NIYONGABO Fabien. Je suis étudiant à l'Université du Burundi, à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Je suis en train de réaliser mon travail de fin d'études intitulé *« Etude des difficultés psychosociales rencontrées par l'enfant de mère psychotique. »* Ce sont ces difficultées rencontrées par les enfants de mère psychotique que nous allons étudier ensemble. Je vais vous poser des questions et vous aller me répondre en fonction de ce que vous savez sur ce sujet.

Vu l'orientation de mon travail, j'ai estimé que tu est le mieux indiqué pour me fournir des informations en rapport avec mon sujet. Je dispose de cet appareil enregistreur pour collecter auprès de toi, les renseignements dont j'ai besoin pour éviter d'ajouter ou d'omettre quelque chose sur les informations que tu m'auras fournies. Je te promets aussi que personne ne saura avec qui je me suis entretenu.

Annexe 4 : guide d'entretien en français

1. Identification:

Age:

Residence actuelle:

Année d'étude:

Sa fratrie:

2. Guide proprement dit:

1. Quels sentiments as- tu vis-à-vis de ta mère malade mentale ?

2. Quelles pensées développes-tu à cause de la maladie de ta mère ?

3. Quelle image as-tu de toi-même en rapport avec les autres enfants ayant des mères qui ne sont pas malades mentales ?

4. Quels problèmes rencontres-tu en aidant ta mère ?

5. Quels sont les comportements posés par ta mère qui te poussent à se sentir mal à l'aise ?

6. Quels problèmes rencontres-tu dans la prise en charge de ta mère ?

7. Comment conçois-tu ton avenir quand tu y penses ?

8. Parle-moi des problèmes de ta vie au quotidien suite à la maladie de ta mère.

9. Comment souhaiterais-tu être assisté ?